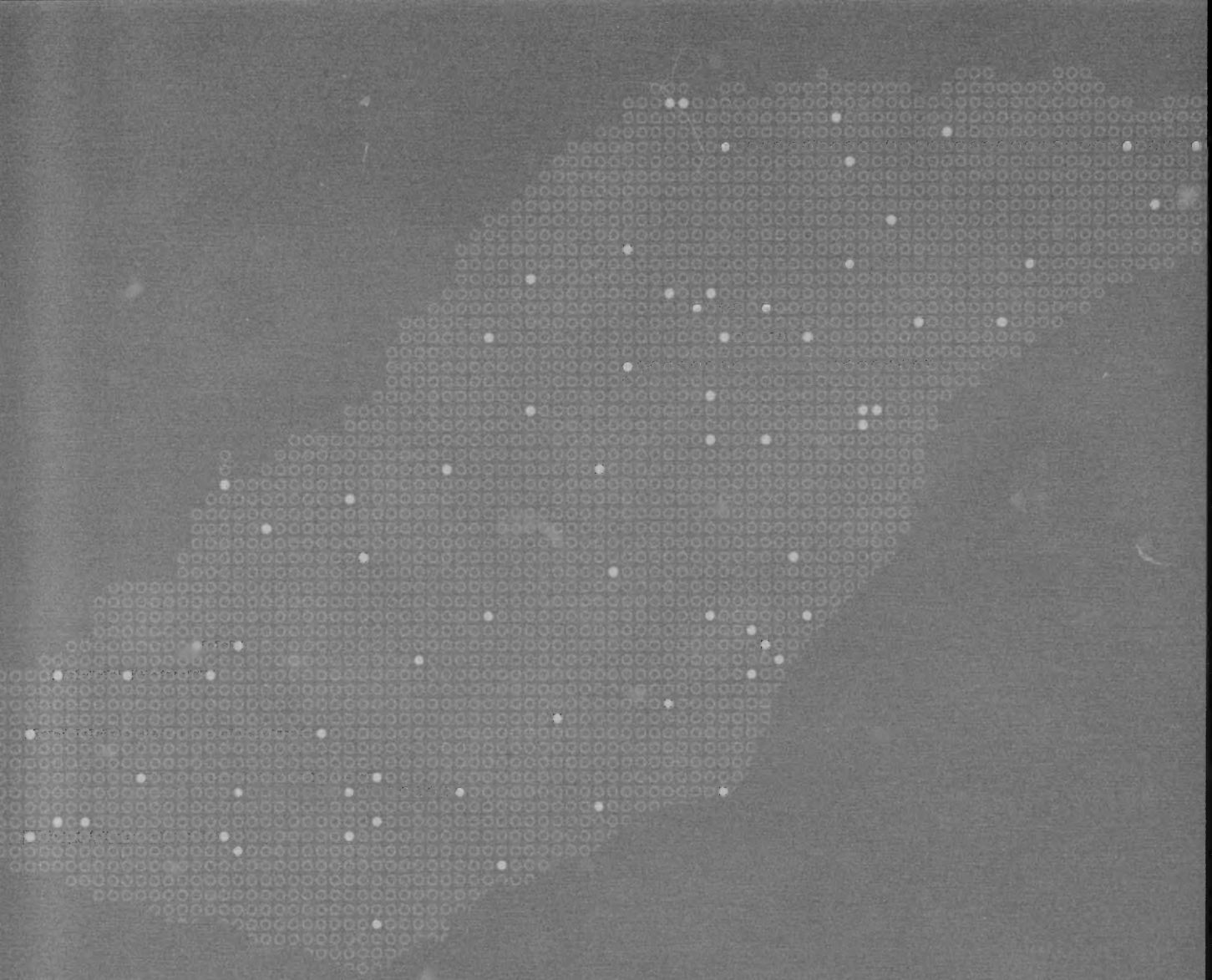
2011
2012

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Agence de la santé
et des services sociaux
de Laval

Québec



**Coordination et rédaction**
- Sophie Méley-Daoust, conseillère en communication (Agence)
- Stéphanie Daigneault, conseillère en communication (Santé publique)
- Martine Caza-Lenghan, conseillère en communication (Santé publique)

**Collaboration**
- Francine Prévost, agente administrative aux communications
- Les directions de l'Agence

**Graphisme**
Tabasko Communications

**Édition et diffusion**
Offert au centre de documentation de l'Agence au 450-978-2000.
Coût : gratuit

Offert gratuitement à partir de la section « Documentation » du site Internet de l'Agence : www.lavalensante.com

Pour l'obtention des documents en médias substitut, communiquez avec le centre de documentation.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2012
Dépôt légal – 2012 | Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012 | Bibliothèque et Archives Canada, 2012
ISBN-978-2-89706-016-9 (version imprimée) | ISBN-978-2-89706-017-6 (version PDF)

# MOT DU PRÉSIDENT

DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'AGENCE DE LAVAL

L'année 2011-2012 a été marquante pour le réseau de la santé et des services sociaux de Laval qui a su se distinguer par de nombreuses avancées dans plusieurs secteurs d'activités.

Pensons à l'ouverture du Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île (CISPLOI) en novembre 2011, qui permet un accès accru aux divers services à la clientèle vulnérable, qu'il s'agisse de personnes en perte d'autonomie, souffrant d'une maladie chronique ou d'un problème de santé mentale.

Dans le même ordre d'idées, le Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL), qui a officiellement ouvert ses portes en février 2012, vient assurer l'accès à une gamme de services oncologiques complets à la population de Laval de même qu'à celle de toute la Couronne Nord de Montréal.

Nous avons également mis l'accent sur les soins médicaux de première ligne. La région passera ainsi sous peu de 8 à 11 groupes de médecine de famille (GMF) et verra l'implantation de deux GMF-réseau.

En continuité avec la bonne collaboration qu'entretient l'Agence de Laval avec les organismes communautaires, la publication *Les organismes communautaires : une contribution essentielle à Laval* est parue à l'automne de 2011 en partenariat avec la Corporation de développement communautaire (CDC) de Laval. Cet ouvrage illustre concrètement l'apport essentiel des organismes communautaires dans la région.

Toujours avec le milieu communautaire, et plus spécifiquement avec le Réseau des organismes et des intervenants en itinérance, l'Agence a fait paraître à l'automne de 2011 l'ouvrage *Pour prévenir et réduire l'itinérance à Laval*. Ce plan communautaire vise à mobiliser l'ensemble des acteurs et des partenaires multisectoriels de Laval quant aux enjeux entourant le phénomène de l'itinérance.

En lien avec le dossier des visites ministérielles d'appréciation de la qualité en CHSLD, Laval a su se démarquer puisque toutes les installations de la région ont été visitées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entre 2004 et 2010. Depuis, tous les établissements ont fait l'objet de suivis planifiés et d'un bilan annuel comportant une visite des lieux.

Nous avons par ailleurs augmenté le financement du soutien à domicile dans le cadre du Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013 financé par le MSSS à hauteur de plus de 3 millions de dollars. Cet investissement permettra d'une part d'augmenter les services de soutien à domicile afin que les personnes en perte d'autonomie et âgées de 65 ans et plus puissent rester le plus longtemps possible chez elles. D'autre part, pour celles qui ne seraient pas en mesure de rester à domicile, le plan de service intégré prévoit l'ajout de places d'hébergement en ressources non institutionnelles (ressources intermédiaires) grâce à un financement de plus de 11 millions de dollars.

Dans le cadre du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité pour les personnes ayant une déficience, nous avons également alloué des budgets supplémentaires pour consolider et développer la gestion intégrée de l'accès aux services.

Du côté de la Santé publique, tous les grands objectifs du plan d'action régional ont été atteints, notamment l'application d'un plan régional de surveillance, l'amélioration des services intégrés en périnatalité et en petite enfance et la mise en œuvre du programme d'action gouvernemental (PAG) sur les septicémies hémorragiques virales (SHV) et le programme 0•5•30. La Santé publique a également poursuivi sa collaboration au Projet clinique du CSSS de Laval, en particulier la mise en œuvre du Plan d'action local (PAL), une synthèse des cibles pour la prévention et

la promotion de la santé du Projet clinique du CSSS de Laval.

Enfin, nous travaillons toujours de concert avec les Agences de Laurentides et de Lanaudière pour mettre en commun nos ressources informationnelles, au profit des trois régions.

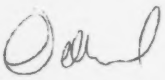
Il est aussi important de noter que tous les établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire.

**Perspective 2012-2013**

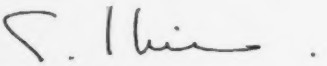
Pour l'exercice 2012-2013, plusieurs projets verront le jour, dont celui du nouveau pavillon de l'unité de médecine de famille (UMF) du CSSS de Laval qui a ouvert ses portes en juin 2012. Ce pavillon porte le nom de Centre interdisciplinaire de formation et de recherche en médecine familiale et en soins de santé de première ligne. Il vient répondre à un triple mandat, l'enseignement, la recherche et l'amélioration des soins.

Enfin, nous travaillerons à améliorer l'accès à la chirurgie et ses délais d'attente et continuerons d'améliorer les services de soutien à domicile aux personnes âgées.

En terminant, nous tenons à remercier les membres du conseil d'administration de l'Agence de Laval de même que ceux des établissements de la région pour leur engagement fidèle envers les Lavallois. Nous en profitons aussi pour saluer le travail exemplaire des membres du personnel de l'Agence et du réseau de la santé de la région qui s'affairent à améliorer la santé et le bien-être de la population.



**Luc Villiard**
Président du conseil d'administration



**Claude Desjardins**
Président-directeur général

# DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

**Claude Desjardins**
Le président-directeur général

# TABLE DES MATIÈRES


**Liste des tableaux** 9

**Liste des acronymes** 10

**Chapitre 1 : L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval** 13

La mission 13
Le conseil d'administration 14
Les principales décisions du conseil d'administration 15
Les comités du conseil et du président-directeur général 16
- Commission multidisciplinaire régionale 17
- Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Laval 18
- Département régional de médecine générale 19
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) 20
- Comité régional sur les services pharmaceutiques 21

Les ressources humaines 22
Le plan d'organisation de l'Agence 23

**Chapitre 2 : La région** 24

Santé physique 24
Santé mentale 25
Habitudes de vie 25
Services médicaux 25

**Chapitre 3 : Le réseau des services** 26

Les établissements 26
Les effectifs par catégorie d'emploi 28
Les effectifs médicaux 29
- Omnipratique 29
- Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) 29

Les partenaires 29
- Les groupes de médecine de famille (GMF) 29
- Les cliniques médicales 31
- Les pharmacies 31
- Les organismes communautaires et sans but lucratif en santé et services sociaux 31
- Le comité régional sur les organismes communautaires (CROC) 33

**Chapitre 4 : Le bilan des directions** 34

**La Direction de santé publique** 34
Mot de la directrice 34
Actions stratégiques de la Direction 35

- Une vision de développement pour Laval : production d'un mémoire pour un projet de plan métropolitain d'aménagement 35
- Comité de gestion régional sur les saines habitudes de vie : travaux pour le renouvellement d'une entente 35
- Bilan de la situation sur les concertations régionales 35
- École en santé : un partenariat durable 35
- Projet clinique et Plan d'action local de santé publique : un partage d'expertise avantageux 36
- Enseignement : accueil de stagiaires 36

Les fondements de nos actions 36
- Surveillance de l'état de santé 36
- Production d'un second profil thématique 36
- Soutien aux activités de planification et de programmation des services de santé 36
- Trois démarches évaluatives en cours 37
- Dix numéros du bulletin *Sélections Santé Laval* 37
- Banques de données 38

Protection de la santé 38
- Les maladies infectieuses 38
- La santé environnementale 40
- La santé au travail 40

Promotion et prévention de la santé 41
- Les saines habitudes de vie 41
- Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale 44

**La Direction des affaires médicales et santé physique 49**

Mot de la directrice associée santé physique 49
La gestion et la prévention des maladies chroniques 51
Le guichet pour la clientèle sans médecin de famille 51
Urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé 51
Hémodialyse nocturne à domicile 52
Cardiologie tertiaire 52
Mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés 53
Activités chirurgicales 53
Imagerie médicale 55
Biologie médicale 56
Le projet de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) 57
La périnatalité 57
Lutte contre le cancer 58
Soins palliatifs 60

**La Direction des affaires réseau 62**

Mot de la directrice par intérim 62
L'amélioration de la qualité des services et les droits des usagers 63
Le programme Services généraux 67
- Service Info-Santé 67
- Répertoire des ressources en santé et services sociaux 67
- La violence conjugale et les agressions sexuelles 67
- Le soutien communautaire en logement social 69

Le programme Dépendances 70
- Le progamme Itinérance 70

Le programme Santé des femmes 71
Le programme Santé mentale 71
Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement 72
Le programme Jeunes en difficultés 77

Le programme Déficience physique 79
Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED) 81

**La Direction des affaires administratives 83**
Mot du directeur 83
Le programme Administration et soutien 84
• Planification de la main-d'œuvre réseau 84
• Le développement et le maintien des compétences du personnel réseau 86
• La présence au travail 87
• Les heures supplémentaires 87
• La main-d'œuvre indépendante 88
• Les ressources informationnelles 89
Sécurité civile-Mission santé 91
Le programme Gestion des bâtiments et des équipements 92
• Immobilisations et équipements – réseau 92
• Rénovations fonctionnelles mineures autres que CHSLD 92
• Rénovations fonctionnelles mineures dans CHSLD 92
• Maintien des actifs immobiliers 93
• Maintien des actifs – Équipements 93
• Enveloppes Aides techniques 94
• Autres projets 94

**Chapitre 5 – Bilan de l'entente de gestion 95**

Résumé du bilan de suivi de gestion régional 2011-2012 95
• Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2011-2012 95

**Chapitre 6 : Les états financiers de l'Agence 149**

Les ressources financières réseau 149
• Ressources financières – réseau 149
• Mesures d'optimisation 149
• Équilibre budgétaire 150
Les états financiers condensés de l'Agence 153
• Le rapport de la direction 153
Notes aux états financiers résumés 163

**Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie 167**

**Annexe 2 : Publications officielles 2011-2012 171**

**Annexe 3 : Financement récurrent aux organismes communautaires 173**

# LISTE DES TABLEAUX


| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tableau 1.** | > | Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2012 | **22** |
| **Tableau 2.** | > | Établissements du réseau | **26** |
| **Tableau 3.** | > | Nombre de ressources et de places en ressources non-institutionnelles | **28** |
| **Tableau 4.** | > | Tableau des effectifs | **28** |
| **Tableau 5.** | > | Les GMF de la région | **30** |
| **Tableau 6.** | > | Exercice 2011-2012 – Financement total des organismes communautaires et des OSBL selon le mode de financement | **32** |
| **Tableau 7.** | > | Liste des bulletins Sélections Santé Laval. | **37** |
| **Tableau 8.** | > | Pourcentage des patients traités dans les délais | **54** |
| **Tableau 9.** | > | Nombre d'examens électifs réalisés à l'intérieur de 90 jours | **55** |
| **Tableau 10.** | > | Nombre d'examens électifs lus à l'intérieur de 7 jours | **55** |
| **Tabieau 11.** | > | Nombre d'examens transcrits à l'intérieur de 7 jours | **55** |
| **Tableau 12.** | > | État de situation au 31 mars 2012 | **65** |
| **Tableau 13.** | > | Développement et maintien des compétences du personnel réseau | **86** |
| **Tableau 14.** | > | Heures supplémentaires par le personnel infirmier et le personnel réseau | **88** |
| **Tableau 15.** | > | Main-d'œuvre indépendante | **89** |

# LISTE DES ACRONYMES

| Acronymes | Signification |
|---|---|
| AETMIS | Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé |
| ALTA | Association lavalloise pour le transport adapté |
| AMP | Activités médicales particulières |
| AQRP | Association québécoise de réadaptation psychosociale |
| ATP | Autotraitement du trouble panique |
| BML | Bureau municipal lavallois |
| CASAL | Comité d'action en sécurité alimentaire à Laval |
| CAT | Centre d'abandon du tabagisme |
| CCSMM | Centre de la communication sourde du Mo[illegible]al métropolitain |
| CDC | Corporation de développement communautaire |
| CECII | Comité exécutif conseil des infirmières et infirmiers |
| CHOC | Carrefour d'hommes en changement |
| CHSCD | Centre hospitalier de soins de courte durée |
| CHSLD | Centre hospitalier de soins de longue durée |
| CICL | Centre intégré de cancérologie de Laval |
| CIR | Commission infirmière régionale |
| CJL | Centre jeunesse de Laval |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CMQ | Collège des médecins du Québec |
| CMuR | Commission multidisciplinaire régionale |
| CMV | Clinique médicale virtuelle |
| CRDI | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle |
| CRÉ | Conférence régionale des élus |
| CRLS | Commission régionale en loisir et en sport |
| CROC | Comité régional sur les organismes communautaires |
| CRSP | Comité régional sur les services pharmaceutiques |
| CRSRI | Centre régional de service en ressources informationnelles |
| CSST | Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec |
| DI | Déficience intellectuelle |
| DMÉ | Dossier médical électronique |
| DP | Déficience physique |
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| DSP | Direction de santé publique |
| ENM | Enquête nationale auprès des ménages |
| ESPRI | Effets secondaires aux produits immunisants |
| FADOQ | Fédération de l'Age d'or du Québec |
| FEJ | Famille enfant jeunesse |

| | |
|---|---|
| GCVO | Guichet de clientèle vulnérable et orpheline |
| GMF | Groupe de médecine familiale |
| HJR | Hôpital juif de réadaptation |
| HTA | Hypertension artérielle |
| HSCM | Hôpital Sacré-Cœur de Montréal |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| IPPAP | Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires |
| IPS | Infirmières praticiennes spécialisées |
| IPSPL | Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne |
| IRSST | Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail |
| Iso-SMAF | Organisation internationale de normalisation - Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle |
| ITS | Infections transmissibles sexuellement |
| ITSS | Infections transmissibles sexuellement par le sang |
| IVG | Interruption volontaire de grossesse |
| JASP | Journées annuelles de santé publique |
| INESSS | Institut national d'excellence en santé et services sociaux |
| LIM | Laboratoire d'imagerie médicale |
| MADA | Municipalité amie des aînés |
| MADO | Maladie à déclaration obligatoire |
| MAMROT | Ministère des Affaires Municipales, des Régions et de l'Occupation du Territoire |
| MAPAQ | Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec |
| MCI | Manifestations cliniques inhabituelles |
| MDEIE | Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation |
| MELS | Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport |
| MESS | ministère de l'emploi et de la solidarité sociale |
| MFA | Ministère de la famille et des aînés |
| MI | Maladies infectieuses |
| MPOC | Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| MRC | Municipalité régionale de comté |
| MSPL | Maison de soins palliatifs à Laval |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OC | Organismes communautaires |
| OSBL | Organisme sans but lucratif |
| OSI/RSIPA | Outil de suivi de l'implantation-réseau de services intégrés pour les personnes âgées |
| PACS | Picture Archiving and Communication System (système d'archivage et de transmission des images) -Dossier de santé du Québec |
| PAL | Plan d'action local |
| PALV | Perte d'autonomie liée au vieillissement |
| PAPA | Personne âgée perte d'autonomie |
| PAR | Plan d'action régional |

| | |
|---|---|
| PCI | Prévention et contrôle des infections |
| PIQ | Protocole d'immunisation du Québec |
| PQI | Plan quinquennal d'investissement |
| PQJ | Programme de qualification des jeunes |
| PREM-MS | Plan régional des effectifs médicaux - médecine spécialisée |
| PROS | Plan régional d'organisation des services |
| PROS-MS | Plan régional d'organisation des services- médecine spécialisée |
| PSSE | Programmes de santé spécifiques aux établissements |
| RAA | Ressource alternative autre |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RI | Ressources intermédiaires |
| RITM | Réseau intégré de télécommunications multimédias |
| RLP | Regroupements locaux de partenaires |
| RLS | Réseau local de services |
| RPA | Résidences pour personnes âgés |
| RSIPA | Réseau de services intégrés pour les personnes âgées |
| RTF | Ressources de type familial |
| SAD | Soutien à domicile |
| SARDM | Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments |
| SCAMA | Services communautaires et d'aide au maintien de l'autonomie |
| SCAS | Système centralisé d'additions aux solutés |
| SIDEP | Services intégrés de dépistage et de prévention |
| SIDER | Système informationnel pour la distribution électronique des résultats |
| SIM/SVI | Suivi intensif dans le milieu/Soutien d'intensité variable |
| SIP | Système d'information de la pharmacie |
| SIP | Service d'intervention préventive |
| SIPAD | Système d'information pour les personnes ayant une déficience |
| SIPPE | Services intégrés en périnatalité et petite enfance |
| SIR | Système d'information en radiologie |
| SISS | Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services |
| SIVET | Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain |
| SPLI | Stratégie des partenaires de luttes contre l'itinérance |
| SSPAD | Société de soins palliatifs à domicile du grand Montréal |
| TCC-MG | Traumatisés crâniens modérés graves |
| TCNMI | Table de concertation en maladies infectieuses |
| TCR | Technocentre |
| TED | Troubles envahissants du développement |
| TMS | Troubles musculosquelettiques |
| TRCDMS | Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée |
| TRIL | Travail de rue de l'île de Montréal |
| TRN | Thérapie de remplacement a la nicotine |
| UCDG | Unité de courte durée gériatrique |
| UMF | Unité de médecine familiale |
| UQAM | Université du Québec à Montréal |
| UTRF | Unités transitoires de récupération fonctionnelle |

CHAPITRE 1

# L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

## LA MISSION

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux (l'« Agence ») de Laval consiste à coordonner les services de santé et les services sociaux de la région. Ses activités touchent les ententes de gestion, la reddition de comptes auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'établissement de continuum de soins et de services, le financement, les ressources humaines ainsi que les services spécialisés du réseau de la santé et des services sociaux de Laval.

L'Agence de Laval compte quatre directions en plus de la direction générale :

- la Direction des affaires médicales et santé physique ;
- la Direction des affaires réseau ;
- la Direction de santé publique ;
- la Direction des affaires administratives.

Ses principales responsabilités sont :

- d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau de la santé ainsi que le respect des droits des usagers ;
- de faciliter le développement et la gestion du réseau local de services ;
- d'élaborer un plan stratégique pluriannuel régional, d'en évaluer les résultats et d'assurer la reddition de comptes sur sa gestion en fonction des objectifs fixés et en vertu des normes d'accès, d'intégration, de qualité et d'efficacité reconnues ;
- d'allouer des budgets aux établissements, d'accorder des subventions aux organismes communautaires et d'attribuer des allocations financières aux ressources privées ;
- de mettre en place les mesures de protection de la santé publique et de protection sociale des individus, des familles et des groupes, et d'assurer la surveillance, la planification et la mise en œuvre des activités de santé publique ;
- d'assurer une gestion économique des ressources humaines, matérielles, informatiques et financières qui sont mises à sa disposition ;
- de coordonner les activités médicales particulières et les services préhospitaliers.

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Membres du conseil d'administration au 31 mars 2012**

| | |
|---|---|
| Dr Martin Archambault | Représentant du Département régional de médecine générale |
| Mme Christiane Bénard | Organisme représentatif du milieu syndical |
| Mme Denyse Blanchet | Personne reconnue pour ses compétences en gestion – *proposée par les établissements autres que le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval)* |
| Mme Nadia Chacour | Personne reconnue pour ses compétences en gestion – *proposée par les établissements de la région : CSSS de Laval* |
| M. Claude Desjardins | Président-directeur général de l'Agence |
| Mme Régine Duplan | Représentante des organismes socioéconomiques |
| M. Walter Fogel | Membre coopté |
| M. Laurent Guay, secrétaire | Représentant du milieu communautaire |
| Mme Chantal Guèvremont | Représentante de la Commission multidisciplinaire régionale |
| Mme Nathalie Ladouceur | Représentante du Comité des usagers des établissements |
| M. François-Hugues Liberge | Organisme représentatif du secteur public de l'enseignement |
| Mme Mireille Ménard, vice-présidente | Membre coopté |
| Dr Jacques Ouellet | Représentant de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée |
| M. Jimmy Ung | Représentant des organismes socioéconomiques |
| M. Luc Villiard, président | Membre coopté |
| Vacant | Représentant de la Commission infirmière régionale |

**Les comités du conseil d'administration**
Trois comités étudient les dossiers relatifs à leur champ d'expertise et en assurent le suivi afin de faire des recommandations au conseil d'administration.

**Le comité d'allocation et de vérification**

- Mme Christiane Bénard
- Mme Denyse Blanchet, présidente
- Mme Nadia Chacour
- Mme Chantal Guèvremont
- M. Laurent Guay
- Mme Mireille Ménard

**Le comité de vigilance et de la qualité**

- M. Claude Desjardins, président-directeur général
- M. Michel Coutu, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
- M. Walter Fogel
- M. Laurent Guay, président
- Mme Nathalie Ladouceur

## LES PRINCIPALES DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### Accès aux services

• Budget des établissements

En juin 2011, le conseil d'administration a adopté un budget net pour les établissements de la région de Laval de 507 897 913 $ afin que soient proposés à toute la population des services de santé et des services sociaux pour la période 2011-2012. Ce budget a été réparti entre les quatre établissements publics et les six établissements privés conventionnés de la région.

• Allocation aux organismes communautaires et autres organismes sans but lucratif (OSBL) en santé et services sociaux pour l'exercice 2011-2012

Le conseil d'administration a adopté en juin 2011 une enveloppe budgétaire régionale de 19 285 791 $ pour l'année financière 2011-2012. Quatre-vingt-sept organismes communautaires de Laval ont reçu un montant indexé de 16 246 005 $ pour leur financement en appui à la mission globale, par entente de service ou par entente particulière. Un montant de 2 872 270 $ indexé est consacré au financement d'autres OSBL en santé et en services sociaux, incluant l'entente de service pour le mandat de prévention du suicide. Une somme maximale de 27 177 $ est prévue pour des projets ponctuels et pour le maintien des activités des organismes de la région. Une somme maximale non récurrente de 140 339 $ a été réservée au financement d'initiatives pour contrer l'itinérance à Laval, notamment le développement d'un hébergement d'urgence.

Notons que cette enveloppe budgétaire tenait compte d'un taux d'indexation de 2,4 % appliqué sur le financement annualisé en 2010-2011, tant pour le financement soutenant la mission globale que pour le financement par entente de service et par entente particulière.

• Implantation du Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'Île (CIS PLOI)

Une somme récurrente de 612 436 $ a été allouée par le MSSS à l'Agence afin de couvrir les coûts de location d'espace du CICL pour une superficie de 6 385 m². Le conseil d'administration de l'Agence a par ailleurs octroyé au CSSS de Laval une somme maximale récurrente de 312 380 $ pour 2012-2013. Il a aussi accordé une somme maximale récurrente de 445 910 $ à titre de soutien à l'implantation et au démarrage du projet.

• Allocation non récurrente pour la clientèle DP-DI-TED

En février 2012, le conseil d'administration a adopté, pour la clientèle DP-DI-TED, un financement réparti comme suit :

- CSSS de Laval – un montant maximal non récurrent de 204 533 $
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Normand-Laramée – un montant maximal non récurrent de 102 266 $
- Hôpital juif de réadaptation – un montant maximal non récurrent de 102 266 $
- Les Services du Chat botté – un montant maximal non récurrent jusqu'à 20 000 $
- Fondation Le Pilier – un montant maximal récurrent jusqu'à 20 000 $

### Services de première ligne

• Maintien des lits temporaires en courte durée

Le conseil d'administration a alloué une somme maximale non récurrente de 1 500 000 $ pour l'exercice 2012-2013 au CSSS de Laval afin de couvrir les coûts de fonctionnement de 15 lits temporaires en courte durée. Ce financement est conditionnel à ce que l'établissement finance au minimum 5 autres lits en courte durée et tout autre lit supplémentaire.

### Informatisation du réseau

• Dossier clinique informatisé

En mars 2012, les membres du conseil ont mandaté le président-directeur général de l'Agence de Laval afin de convenir d'une entente de gré à gré avec l'Agence de Montréal et de la signer en vue d'implanter le dossier clinique informatisé (DCI) OACIS. Une somme de 5 millions de dollars a été réservée pour cette implantation.

## > LES COMITÉS DU CONSEIL ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

### COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

**Membres du comité**

| | |
|---|---|
| M[me] Lucie Gagnon, présidente | Gestionnaire, CSSS de Laval |
| M[me] Jacqueline Bois | Infirmière auxiliaire, CIIA, CSSS de Laval, Centre d'hébergement Fernand-Larocque |
| M[me] Nicole Dufresne | CECII-CRDI Normand-Laramée |
| M[me] Lise Ferland-Houle | Représentante, Collège Montmorency |
| M[me] Marie-Claude Laflamme | Infirmière experte, CSSS de Laval |
| M[me] Danièle Lalande | Infirmière auxiliaire, CIIA, CSSS de Laval, Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée |
| M[me] Julie Rodrigue | CECII-CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| M[me] Hélène Trudel | CECII-CSSS de Laval, CLSC du Marigot |

**Membres observateurs**

| | |
|---|---|
| M[me] Lise Bertrand | Représentante de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal et de Laval |
| M[me] Elisabeth Blair | Hôpital juif de réadaptation |
| M[me] Lucie Gignac | CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| M[me] France Sylvestre | GMF – Clinique médicale Sainte-Dorothée |

**Réalisations**

La commission s'est réunie six fois au cours de l'année. Elle a élaboré son plan d'action 2011-2014 en mettant l'accent sur la surveillance de la qualité des soins infirmiers et sur le suivi de la planification stratégique 2010-2015 en ce qui concerne les enjeux infirmiers à Laval.

Divers sujets ont retenu l'attention des membres dont :

- l'autonomie de la pratique des infirmières et la contribution unique de ces dernières dans le réseau de la santé ;
- l'importance de la collaboration entre infirmières et infirmières auxiliaires ;
- le rôle de l'infirmière dans le plan d'action contre les maladies chroniques à Laval ;
- les besoins de transformation de l'approche clinique en soins infirmiers auprès des personnes âgées hospitalisées ;
- la transmission des informations cliniques en soins infirmiers dans le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).

**Perspectives 2012-2013**

La commission compte atteindre les objectifs de son plan d'action. Elle souhaite présenter des avis sur :

- la sécurité des soins et des services infirmiers chez la clientèle en longue durée, notamment en résidences privées ;

- le rehaussement de la formation infirmière initiale ;
- la surveillance d'indicateurs de qualité des soins sensibles à la pratique infirmière en première ligne, en soins aigus et en longue durée ;
- le partage des connaissances et des stratégies en soins infirmiers entre les établissements de la région ;
- la détermination d'indicateurs régionaux de performance en soins infirmiers.

## COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE (CMuR)

### Membres

| | |
|---|---|
| M[me] Denyse Blanchet | Collège Montmorency |
| M[me] Franca Coscia | Hôpital juif de réadaptation |
| M. Claude Desjardins | Président-directeur général – Agence de Laval |
| M. Patrick Gauthier | CSSS de Laval |
| M[me] Chantal Guèvremont, présidente | CSSS de Laval |
| M[me] Josée Lemay | CRDI Normand-Laramée |
| M. Jean-François Payette | Centre jeunesse de Laval |
| M[me] Léontina Talmaceanu | CSSS de Laval |
| M. Benoît Tétreault | CSSS de Laval |

### Réalisations

Durant l'exercice 2010-2011, les membres se sont réunis à quatre reprises pour :

- discuter de la planification régionale de la main-d'œuvre ;
- demander un amendement au projet de loi 127 afin de faire valoir les préoccupations de la CMuR auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux, le docteur Yves Bolduc ;
- planifier un forum régional des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires lavallois afin de les sensibiliser aux rôles et aux mandats de la CMuR dans le cadre du projet de loi 21 ;
- organiser une conférence-midi sur l'interdisciplinarité (mai 2011) ;
- participer à la 9[e] édition du Colloque des Conseils multidisciplinaires du Québec en novembre 2011 ;
- préciser les objectifs du comité d'harmonisation des ordonnances collectives de la région ;
- contribuer à l'élaboration du plan d'action contre les maladies chroniques (participation de M[me] Chantal Guèvremont) ;
- adopter les modifications apportées au document « Règlement concernant les modalités de désignation et les règles de fonctionnement de la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) » ;
- s'informer des dossiers régionaux, tels que l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, les GMF réseau, le Projet de l'ouest de l'île (CISPLOI), le registre national des incidents et accidents, le budget 2012-2013 en rapport avec le dossier des déficiences DP-DI-TED.

## COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LAVAL

### Membres du comité

| | |
|---|---|
| M[me] Nicole Beaudry | Responsable du dossier langue anglaise – Agence de Laval |
| M. Jean Bélair, vice-président | Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes |
| M[me] Ann Carey | CHSLD Manoir St-Patrice |
| M. Claude Desjardins | Président-directeur général – Agence de Laval |
| M[me] Liette Dubord | CRDI Normand-Laramée |
| M. Walter Fogel | Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier |
| M[me] Lynda Gloutney | Hôpital juif de réadaptation |
| M[me] Christiane Hémond | Ville de Laval |
| M[me] Élizabeth McLeod, présidente | Association amicale des jeunes et parents Agape |
| M[me] Sophie Ouellet | CSSS de Laval |
| M[me] Lise Pinsonnault | Direction régionale Emploi-Québec Laval |

### Réalisations

Les membres se sont réunis à quatre reprises durant l'année 2011-2012. Le conseil des ministres a approuvé le nouveau Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2011-2014 en février 2012. L'Agence a par ailleurs reçu l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour que la période couverte par ce programme d'accès soit décalée à 2012-2015. L'Agence a également mis à jour le règlement du comité et ce dernier l'a approuvé.

D'autre part, une consultation de deux jours auprès de la population d'expression anglaise a eu lieu à l'automne 2011 dans le cadre d'un projet de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Cette consultation, financée par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (RCSSS), avait pour but de recueillir les perspectives de cette population sur diverses dimensions de la vie quotidienne telles que : la santé, la vie sociale, le bien-être, le travail, l'environnement physique, etc. Au terme de cette consultation, un portrait de la population d'expression anglaise de Laval sera déposé à l'Agence.

### Perspectives 2012-2013

- Mettre à jour le plan d'action 2012-2015 découlant du Programme d'accès ;
- Poursuivre le projet *Clear Head, Clear Soul* qui a pour but de faciliter l'accès aux services appropriés pour les toxicomanes anglophones de Laval et d'assurer la liaison avec les centres de désintoxication ainsi que l'accompagnement des toxicomanes vers les ressources de Laval et de Montréal ;
- Poursuivre la diffusion du Programme d'accès et améliorer l'information sur les services offerts en langue anglaise dans les établissements de la région de Laval par l'entremise du site Web de l'Agence ;
- Poursuivre l'amélioration et contribuer à l'accessibilité des services en langue anglaise dans la région par trois projets élaborés dans le cadre du Programme d'accès :
  - Projet de développement des communautés de langues officielles

- Projet d'amélioration de l'accès aux services en langue anglaise pour les clientèles en DI et en TED et les jeunes à risque de besoin de protection
- Projet pour les personnes nécessitant des services en santé mentale

## DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

### Membres

| | |
|---|---|
| Dr Martin Archambault, chef | Clinique médicale Monteuil |
| Dr Jacques Blais | GMF Sainte-Dorothée |
| Dre Pauline Couture | Agence de Laval |
| Dre Isabelle Croteau | CSSS de Laval |
| M. Claude Desjardins | Président-directeur général – Agence de Laval |
| Dre Suzette Guirguis | CSSS de Laval |
| Dre Sylvie Robitaille | CSSS de Laval |
| Dre Danielle Soulière | Médi+Centre Chomedey |
| Dr Alain Turcotte | CSSS de Laval |

### Réalisations

L'exercice 2011-2012 a été marqué par un changement à la chefferie du DRMG. Le DRMG a entrepris une réorganisation complète des grands dossiers médicaux, dont la révision du dossier des heures d'activités médicales particulières (AMP) et la modification du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique et des groupes de médecine de famille (GMF). La Table des GMF a également été restructurée alors que l'élaboration du Plan régional d'organisation des services (PROS) de première ligne a débuté. Parmi bien des réalisations importantes, le DRMG a procédé à la révision et la réorganisation de ses propres processus internes par rapport aux GMF, au PREM et aux AMP, et a aussi :

- contribué à l'ouverture d'un point de services dans l'ouest de l'Île avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval (dossier toujours en cours) ;
- préparé la relève en couplant les médecins candidats au PREM 2012 aux GMF de la région ;
- révisé le cadre de référence des GMF-réseau pour que ce modèle soit progressif et accessible à plus de cliniques ;
- renouvelé la convention de trois GMF ;
- créé des sites satellites des GMF : Sainte-Rose, Le Carrefour médical, l'UMF de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et Sainte-Dorothée ;
- participé à la conception du cadre de référence pour la prise en charge des maladies chroniques ;
- participé aux travaux du comité d'implantation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) avec l'Agence de Laval et le CSSS de Laval ;
- actualisé le plan d'action des GMF découlant de la tournée des GMF effectuée en 2010-2011 ;
- constitué un registre informatisé des adresses des omnipraticiens de la région ;

- recensé l'ensemble de l'activité des omnipraticiens en activités médicales particulières (AMP) sur le territoire de Laval, et a créé un registre de mise à jour permanente (dossier toujours en cours) ;
- participé au comité stratégique de la première ligne du CSSS de Laval ;
- publié deux Info-DRMG.

---

## TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE (TRCDMS)

### Membres

| | |
|---|---|
| Dr Jacques Ouellet, président | Chef du département de l'urgence, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| Dr Jean-René Houle | Chef du département de chirurgie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| M. Claude Desjardins | Président-directeur général, Agence de Laval |
| Dre Myriam Dubuc | Chef du département d'anesthésie et réanimation, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| Dre Marie-Andrée Fortin | Chef du département de radio-oncologie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| Dre Pascale Hamel | Chef du département de pédiatrie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| Dr Jacques Morais | Chef du département de médecine spécialisée, CSSS de Laval |
| Dr Bruno Morin | Chef du département de radiologie, CSSS de Laval |
| Dr Jean Parratte | Chef du département de psychiatrie, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| Dre Danielle Talbot, | Chef du département de biologie médicale, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |
| Dre Dominique Thériault | Chef du département de gynécologie-obstétrique, CSSS de Laval, Hôpital de la Cité-de-la-Santé |

### Membres observateurs

| | |
|---|---|
| Dr Martin Archambault | Chef du Département régional de médecine générale de Laval |
| Dr Alain Goudreau | Directeur des services professionnels et hospitaliers, CSSS de Laval |
| Mme Julie Desjardins | Directrice associée santé physique, Agence de Laval |
| Mme Marie-Hélène Desrosiers | Directrice générale par intérim, CSSS de Laval |

**Réalisations**

Les membres de la Table régionale se sont réunis à quatre reprises et ont traité différents dossiers. Le Plan quinquennal des effectifs en médecine spécialisée pour la période 2012-2015 a été approuvé en septembre 2011 par le ministre. Cela représente l'ajout de 61 médecins spécialistes pour la région de Laval d'ici 2015.

Les besoins de développement, que l'arrivée de ces derniers entraîne, ont été analysés et le dossier a été soumis au Ministère.

- recommandations pour le PREM-MS quinquennal ;
- participation au développement du dossier des capacités d'accueil des médecins spécialistes ;
- analyse de la gouverne régionale en cancérologie.

**Perspectives 2012-2013**

Le mandat des membres actuels de la Table régionale est arrivé à son terme de trois années. Les membres demeureront en poste jusqu'à la fin du processus d'élection prévu pour l'automne de 2012.

Les membres de la Table régionale suivront avec intérêt le développement des infrastructures décrites dans le dossier des capacités d'accueil et, plus particulièrement, de celles qui favorisent une mise à niveau des plateaux techniques du CSSS. En parallèle avec ces travaux, la Table régionale amorcera une réflexion sur la hiérarchisation et les corridors de services avec les régions limitrophes. Par ailleurs, on analysera les perspectives de collaboration avec les régions des Laurentides et de Lanaudière ainsi que les répercussions du rapatriement des clientèles CHUM-CUSM.

## COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

**Membres**

| | |
|---|---|
| M. Jean Thiffault, président | Représentant des pharmaciens propriétaires |
| Dre Pauline Couture | Directrice adjointe aux affaires médicales et santé physique, Agence de Laval |
| Mme Wacila Debout | Représentante des pharmaciens exerçant leur profession dans les pharmacies communautaires |
| M. Claude Desjardins | Président-directeur général, Agence de Laval |
| Mme Nathalie Fernandes | Représentante des pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement, CSSS de Laval |
| Mme Francine Lussier-Labelle | Représentante des chefs de département de pharmacie, CSSS de Laval |

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques s'est réuni trois fois au cours de l'année. Des problématiques d'absence répétées des membres, de retraite et de démission ont mené à la dissolution du comité et des élections ont été tenues en juin 2012. Pour que le nouveau comité puisse démarrer sur de bonnes bases, des représentations ont été faites auprès de l'Ordre des pharmaciens qui soutiendra les futurs travaux du comité.

## > LES RESSOURCES HUMAINES

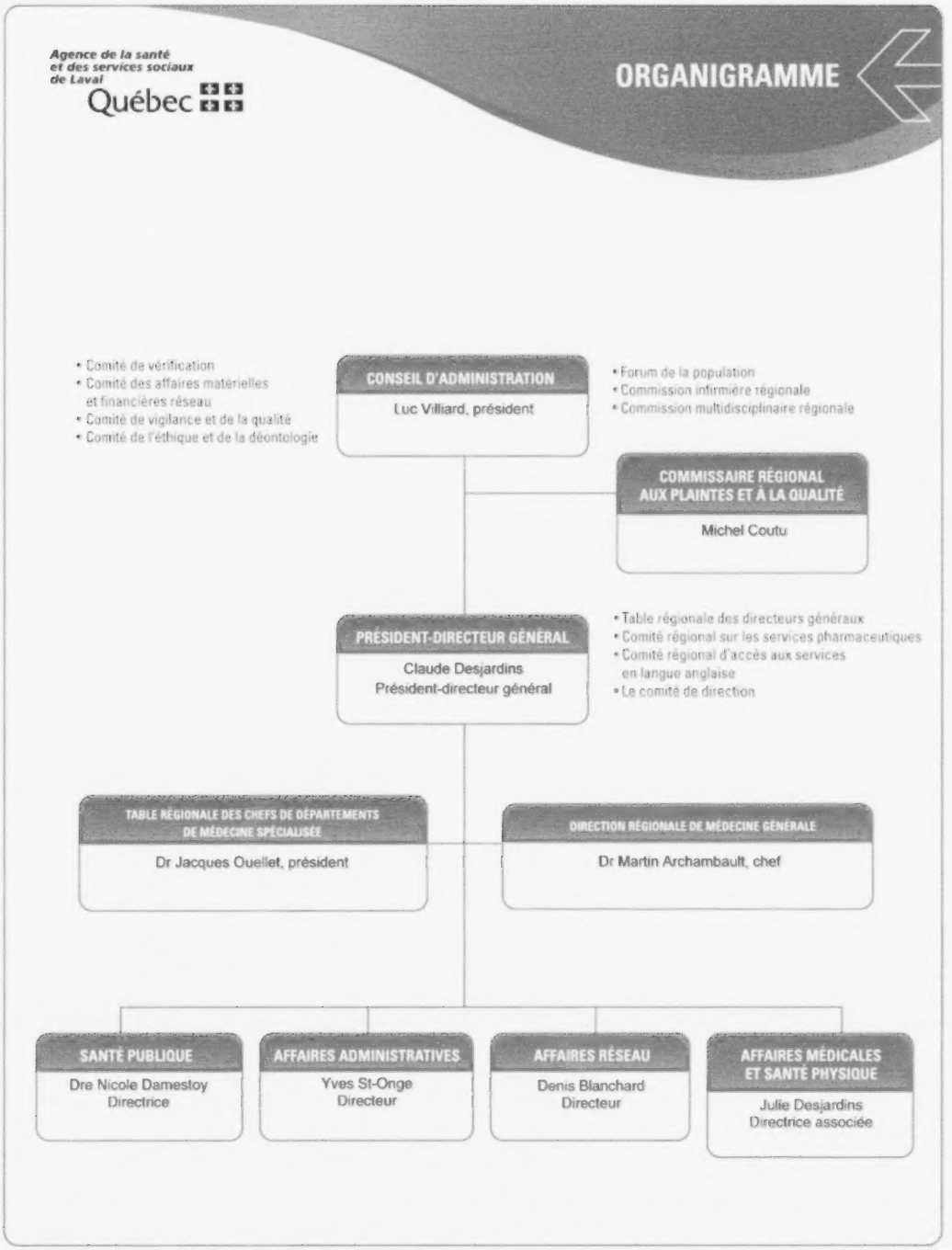
**Tableau 1. Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2012**

| Note 1 ; | Exercice en cours | Exercice antérieur |
|---|---|---|
| Effectifs de l'Agence : | 120 | 107.90 |
| Les cadres : (en date du 31 mars) | | |
| • Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 14 | 13 |
| • Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi) | 0 | 0 |
| • Nombre de cadres en stabilité d'emploi | 0 | 0 |
| Les employés réguliers : (en date du 31 mars) | | |
| • Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 75 | 76 |
| • Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi) | 2 | 1.4 |
| • Nombre d'employés en sécurité d'emploi | 0 | 0 |
| Les employés occasionnels : | | |
| • Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice | 45 563 | 32 000 |
| • Équivalents temps complet (b) (55) | 29 | 17.5 |

Aux effectifs de l'Agence de Laval s'ajoutent un dentiste ainsi que 23 médecins actifs au sein de la Direction de santé publique et de la Direction des affaires médicales et santé physique.

Dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la mobilisation de son personnel, l'Agence de Laval travaille par ailleurs à l'obtention de la certification « Entreprise en santé ». Dans le cadre de cette démarche, elle a notamment procédé à un sondage auprès de son personnel afin d'identifier les pistes d'amélioration à apporter au cours des prochaines années.

## LE PLAN D'ORGANISATION DE L'AGENCE




Mise à jour le 30 mars 2012

CHAPITRE 2

# LA RÉGION

Les projections de population (période de 2006 à 2031) prévoient une croissance de près de 30 % de la population de Laval, qui s'établirait à environ 480 000 habitants à la fin de cette période, alors que celle du Québec ne s'accroîtrait que de 16 %. Actuellement, c'est le groupe des 0 à 19 ans qui est le plus nombreux. Cette situation devrait s'inverser autour de 2031.

Le revenu annuel moyen par habitant (avant impôt) est de 35 062 $, ce qui correspond à celui de l'ensemble du Québec (34 437 $). Laval abrite néanmoins des personnes plus vulnérables, et ce, malgré un taux d'assistance sociale près de deux fois plus faible (4,6 %) que pour le Québec (7 %).

De moins en moins de Lavallois se disent de langue maternelle française. Soixante-quatorze pour cent (74 %) des Lavallois disent parler plus souvent le français (83 % au Québec) et 13 % l'anglais (10 % au Québec). La région se démarque particulièrement par sa forte proportion d'immigrants (20 %), près de deux fois plus élevée que celle du Québec (11,5 %). L'accroissement migratoire représente ainsi les deux tiers de l'accroissement total de la région qui est un pôle d'attraction, particulièrement pour les jeunes familles. La région présente une forte proportion de couples avec enfants (Laval, 31 %; Québec, 26 %). Parmi les ménages avec enfants mineurs, 21 % sont monoparentaux comparativement à 24 % pour le Québec.

| | |
|---|---|
| **Population totale (2012) :** | **407 196** |
| De 0 à 14 ans | 68 498 |
| De 15 à 24 ans | 52 936 |
| De 25 à 44 ans | 108 312 |
| De 45 à 64 ans | 113 841 |
| 65 ans et plus | 63 609 |

Source : Projections de la population du Québec à partir du Recensement canadien 2006. Diffusion : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information ; Institut de la statistique du Québec, 2009.

**Les données de santé de la région**
L'état de santé des Lavallois est comparable à celui de l'ensemble des Québécois. Quelques divergences apparaissent, mais elles sont généralement non significatives.

## SANTÉ PHYSIQUE

Le portrait global de la santé physique des Lavallois est plutôt positif. L'espérance de vie à Laval est supérieure à celle de l'ensemble du Québec. Cette différence est significative chez les hommes (Laval : 79,4 ans, Québec : 78,1 ans).

La proportion de personnes souffrant d'incapacité, d'hypertension, de maladies cardiaques, de diabète, d'arthrite et d'asthme est plus faible à Laval que dans l'ensemble du Québec. Il en est de même en ce qui concerne l'incidence du cancer du poumon, du cancer du sein et du cancer de la prostate. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

La proportion de Lavallois ayant eu un diagnostic d'une infection transmissible sexuellement est significativement plus faible (6,5 %) que celle de l'ensemble des Québécois (8,2 %).

Les taux de mortalité par maladies des appareils respiratoire et circulatoire sont significativement plus faibles à Laval que dans l'ensemble du Québec, alors que le taux de mortalité par maladies du système nerveux est plus élevé chez les Lavallois. La hausse des maladies chroniques, d'obésité, de diabète et de certains types de cancers, malgré un net recul des maladies cardiovasculaires, est un exemple éloquent des problèmes devant faire l'objet de campagnes de prévention.

## SANTÉ MENTALE

Environ 20 % des Lavallois éprouvent une détresse psychologique élevée par rapport à 19 % de l'ensemble des Québécois.

On diagnostique plus de troubles anxieux chez les Lavallois (8 %) que chez les Québécois (5 %).

La région se distingue significativement de l'ensemble du Québec par son faible taux de mortalité par suicide, soit 11 par 100 000 personnes comparativement à 15,6 par 100 000 personnes pour le Québec. Laval se classe ainsi parmi les régions québécoises ayant le plus faible taux de mortalité par suicide.

## HABITUDES DE VIE

La proportion de fumeurs est de 22 % à Laval, comparativement à 23 % pour l'ensemble du Québec.

On observe des différences plus importantes entre Laval et Québec en ce qui concerne l'abus d'alcool. La consommation excessive d'alcool est plus faible à Laval (15 %) que dans l'ensemble du Québec (18 %).

On constate que les Lavallois semblent plus sédentaires (27 % contre 24 %) et font plus d'embonpoint (36 % contre 33 %) que l'ensemble des Québécois. Par contre, les données ne permettent pas de relever de différences statistiquement significatives.

## SERVICES MÉDICAUX

Les Lavallois utilisent les services médicaux dans des proportions semblables à celles de l'ensemble des Québécois. Néanmoins, on constate que le taux d'hospitalisations est globalement plus faible à Laval, avec 772 hospitalisations par 10 000 habitants contre 815 par 10 000 habitants pour l'ensemble du Québec.

On note qu'une part importante des services médicaux consommés, dont les hospitalisations dans le cas d'accouchements (55 %), le sont par des personnes provenant d'autres régions que celle de Laval.

Source : *Profil thématique sur les déterminants sociaux de la santé à Laval*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2011, et site Web de la Direction de santé publique de l'Agence de Laval : www.sssslaval.gouv.qc.ca, section Surveillance et évaluation.

CHAPITRE 3

# LE RÉSEAU DES SERVICES

Les objectifs du réseau sont de promouvoir la santé et le mieux-être de la population lavalloise, de prévenir les maladies et les accidents, de diagnostiquer, de traiter, de prévenir les complications, de travailler à l'adaptation et à la réadaptation des personnes ayant une maladie ou une déficience, de les aider à développer leur plein potentiel et à compenser leurs incapacités, de soutenir les personnes à domicile, d'héberger celles qui en ont besoin et d'offrir des soins de fin de vie. Le tout s'articule dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services, en étroit partenariat avec d'autres ressources publiques, privées et communautaires.

## LES ÉTABLISSEMENTS

Le réseau de la santé et des services sociaux lavallois compte notamment quatre établissements publics, six établissements privés conventionnés et cinq établissements privés non conventionnés.

**Tableau 2 Établissements du réseau**

| Établissements publics | Nb de lits au permis | Mission |
|---|---|---|
| Centre de santé et de services sociaux de Laval | | |
| Hôpital de la Cité-de-la-Santé | 452* | Soins hospitaliers généraux et spécialisés |
| Centre ambulatoire | | Soins ambulatoires |
| Clinique externe Duvernay/ Saint-Vincent-de-Paul | | Clinique externe en psychiatrie |
| Clinique externe Vimont/Laval-des-Rapides | | Clinique externe en psychiatrie |
| Hôpital de jour en santé mentale | | Hôpital de jour |
| Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'Île | | Services de santé, psychosociaux et communautaires de première ligne |
| CLSC des Mille-Îles[1] | | Services de santé, psychosociaux et communautaires de première ligne |
| CLSC du Marigot[1] | | |
| CLSC du Ruisseau-Papineau[1] | | |
| CLSC de Sainte-Rose[1] | | |

[1] Centre local de services communautaires

**Tableau 2 Établissements du réseau (suite)**

| Établissements publics | Nb de lits au permis | Mission |
|---|---|---|
| Centre d'hébergement Fernand-Larocque | 98 | Services d'hébergement et de soins de longue durée |
| Centre d'hébergement Idola-Saint-Jean | 196 | |
| Centre d'hébergement de La Pinière | 100 | |
| Centre d'hébergement Rose-de-Lima | 96 | |
| Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée | 261 | |
| Hôpital juif de réadaptation | 132 | Soins de réadaptation physique |
| CRDI[2] Normand-Laramée | 95** | Services de réadaptation en déficience intellectuelle et TED |
| Centre jeunesse de Laval | 272*** | Services psychosociaux, communautaires et d'hébergement pour les jeunes |
| Centre Le Maillon | | Services de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes |

* Plus de 38 lits en psychiatrie
** Places internes à la Résidence Louise-Vachon
*** Places internes dans les unités de vie et les foyers de groupe

| CHSLD privés conventionnés | Nb de lits au permis | Mission |
|---|---|---|
| Centre d'hébergement Champlain Saint-François | 53 | Services d'hébergement et de soins de longue durée |
| CHSLD Saint-Jude (groupe Âge 3) | 204 | |
| CHSLD Vigi l'Orchidée blanche | 128 | |
| Manoir Saint-Patrice | 96 | |
| Résidence Riviera | 128 | |
| Santé Courville de Laval | 68 | |

| CHSLD privés non conventionnés**** | Nb de lits au permis | Mission |
|---|---|---|
| Centre d'hébergement de la Rive | 79 | Services d'hébergement et de soins de longue durée**** |
| Centre d'hébergement de la Villa-les-Tilleuls | 68 | |
| Résidence du Bonheur | 50 | |
| Centre d'hébergement l'Éden de Laval | 76 | |
| Villa Val-des-Arbres | 145 | |

**** Places en entente de services avec le CSSS de Laval

[2] Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

**Tableau 3.**
**Nombre de ressources et de places en ressources non-institutionnelles pour toutes clientèles**

| Types de ressources | Nombre | Places |
|---|---|---|
| Ressources de type familial (RTF) | 120 | 286 |
| Ressources intermédiaires (RI) | 94 | 686 |
| Autres ressources non-institutionnelles | 11 | 120 |

## LES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI

Plus de 9 000 personnes travaillent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à Laval, sans compter les médecins et les dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

On note une augmentation des effectifs de l'ordre de 0,5 % par rapport à l'an passé. La majorité des effectifs travaillent au CSSS de Laval (68 %) et au Centre jeunesse de Laval (11 %).

**Tableau 4. Tableau des effectifs**

| Établissement | Non-cadre | Non-cadre | Total |
|---|---|---|---|
| CSSS de Laval | 6 028 | 209 | 6 237 |
| Centre jeunesse de Laval | 931 | 80 | 1 011 |
| Hôpital juif de réadaptation | 508 | 29 | 537 |
| CRDI Normand-Laramée | 394 | 32 | 426 |
| CHSLD Saint-Jude | 236 | 10 | 246 |
| Résidence Riviera | 138 | 7 | 145 |
| CHSLD Vigi l'Orchidée blanche | 137 | 6 | 143 |
| Manoir Saint-Patrice | 123 | 7 | 130 |
| Agence de Laval | 110 | 14 | 124 |
| Santé Courville de Laval | 97 | 4 | 101 |
| Centre hébergement Champlain Saint-François | 62 | 1 | 63 |
| **Total** | **8 764** | **399** | **9 163** |

## LES EFFECTIFS MÉDICAUX

### OMNIPRATIQUE

À Laval, l'âge moyen des omnipraticiens est parmi les plus élevés du Québec. En cabinet, 44 % des médecins ont plus de 50 ans et 33 % ont plus de 55 ans. Seulement 3 % ont moins de 30 ans et 18 % moins de 40 ans. Le vieillissement des médecins en cabinet confirme l'importance de redoubler les efforts pour assurer leur relève par le biais de l'ajustement du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM).

Pour les postes de nouveau facturant, la cible de recrutement de 10 omnipraticiens selon le PREM 2011 a été atteinte. Cinq postes de mobilité interrégionale ont été comblés, ce qui représente 71 % de la cible autorisée du PREM 2011 pour cette catégorie.

**Perspectives 2012-2013**
Le portrait de la disponibilité des omnipraticiens par cabinet, dans la région de Laval, alimentera les réflexions quant à la pertinence de créer d'autres modes d'organisation des services de première ligne mieux adaptés aux besoins grandissants d'attraction et de rétention des médecins. Une réflexion devra aussi être menée sur la prise en charge des patients en provenance du guichet de la clientèle sans médecin de famille.

L'ajustement des effectifs des omnipraticiens aux besoins croissants de couverture dans les milieux CHSLD et RI reste, par ailleurs, un sujet d'actualité.

### LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPS-SPL)

**Orientations ministérielles**
En juillet 2010, le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonçait la création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) dans le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'un soutien financier pour en favoriser l'implantation. Le déploiement de ces IPS-SPL est l'une des stratégies retenues par le MSSS pour améliorer l'accès aux soins et aux services de santé de première ligne ainsi que la prise en charge et le suivi de la clientèle. Il est prévu que 70 % de ces IPS-SPL pratiquent en cliniques médicales privées et au sein d'unités de médecine familiale (UMF), alors que 30 % travailleront pour les CLSC du CSSS de Laval.

**Réalisations**
L'Agence de Laval joue un rôle de soutien pour l'implantation des IPS-SPL dans les établissements de la région et participe au financement de leurs salaires. En collaboration avec les membres du comité régional d'implantation, l'Agence de Laval se positionne sur la séquence du déploiement d'un total de 16 IPS-SPL qui seront au service de la population lavalloise d'ici à 2018. Présentement, cinq IPS-SPL ont été embauchées par le CSSS de Laval et travaillent dans différents milieux de pratique sur le territoire. Enfin, l'Agence de Laval a finalisé, au cours de l'année 2011-2012, le cadre de référence pour le financement des IPS-SPL.

**Perspectives 2012-2013**
L'Agence de Laval veillera à soutenir l'implantation des deux IPS-SPL qui commenceront à travailler sur le territoire en 2012-2013. Elle évaluera également l'impact de l'intégration des IPS-SPL dans des milieux ciblés de l'intégration des IPS-SPL dans des milieux ciblés.

## LES PARTENAIRES

### LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

**Orientations ministérielles**
Depuis 2003, à la suite des recommandations de la Commission Clair, le MSSS a favorisé l'implantation des GMF afin d'assurer l'accès à un médecin de famille et d'améliorer la qualité des soins médicaux généraux.

**Réalisations**
Entre 2003 et 2009, huit (8) GMF ont été implantés dans la région de Laval. Bien que le nombre de GMF n'ait pas augmenté au 31 mars 2012, quatre GMF ont étendu leur offre de service par l'ajout de cliniques satellites :

- Clinique Rose des Vents pour le GMF Sainte-Rose ;
- CLSC du Marigot pour le GMF Le Carrefour ;
- Clinique Monteuil pour le GMF de Laval ;
- Clinique des Docteurs Liboiron pour le GMF Sainte-Dorothée.

De plus, trois sites satellites sont en cours d'ajout et trois projets de GMF sont encours de réalisation. Les résultats sur le nombre d'inscriptions de clients de nos 8 GMF présentent une augmentation de 13,3 % comparativement à l'année précédente, et ce, pour atteindre 145 821 inscriptions au 1er mars 2012. Quant au pourcentage de la clientèle vulnérable inscrite, il se situe à 33,38 %.

**Tableau 5. Les GMF de la région**

| Établissement | Date d'adhésion | Personnes inscrites | Ratio vulnérable |
|---|---|---|---|
| GMF Centre médical Laval | 17-02-2004 | 28 325 | 29,71 % |
| GMF Clinique médicale Sainte-Dorothée | 10-01-2006 | 15 745 | 48,75 % |
| GMF Concorde | 15-03-2004 | 27 563 | 31,24 % |
| GMF de Laval | 04-04-2003 | 14 770 | 32,68 % |
| GMF Le Carrefour médical | 29-04-2008 | 15 708 | 37,86 % |
| GMF Médi+Centre Chomedey | 29-04-2008 | 16 281 | 28,03 % |
| GMF Polyclinique médicale Fabreville | 07-02-2007 | 14 672 | 33,96 % |
| GMF Sainte-Rose | 05-03-2009 | 12 757 | 28,59 % |
| **Total** | | **145 821** | **33,38 %** |

Une évaluation du mode de fonctionnement de nos GMF, effectuée entre octobre et décembre 2010, présente un portrait positif quant au respect de l'offre de service attendue ainsi que sur le haut niveau de satisfaction des médecins et des infirmières à travailler ensemble pour la prise en charge des patients. Cependant, le niveau de satisfaction des patients inscrits aux GMF reste à évaluer.

Le 13 décembre 2010, le conseil d'administration de l'Agence de Laval a approuvé l'accréditation du GMF-réseau Concorde. Ce concept GMF-réseau vise, notamment, une complémentarité entre les objectifs des modèles GMF et des cliniques-réseau :

- accessibilité grâce à des heures d'ouverture étendues pour les clientèles inscrites et non inscrites ;
- fonction de liaison pour la prise en charge et la recommandation au CSSS de Laval ;
- partenariat avec les petits cabinets limitrophes.

En 2012, l'Agence de Laval a entamé la révision du cadre de référence des GMF-réseau pour que ce modèle soit progressif et accessible à plus de cliniques. Les discussions sont toujours en cours.

**Perspectives 2012-2013**

Trois nouveaux GMF sont en cours d'installation à Laval. Afin de préparer la relève, l'Agence de Laval a associé les médecins candidats au PREM 2012 aux GMF de la région. L'Agence de Laval a aussi procédé à l'association de deux unités de médecine familiale (UMF) avec deux GMF dans le but de faciliter la rétention et le recrutement de nouveaux médecins.

La mise en place des nouveaux modes d'organisation de la première ligne, permettant de mettre à profit la participation des petites cliniques et de répondre aux besoins de prise en charge de patients, reste un sujet d'actualité. La poursuite des travaux pour la détermination de ces modes d'organisation fera partie de l'agenda 2012-2013.

## LES CLINIQUES MÉDICALES

Le territoire de Laval compte actuellement 43 cliniques de médecine générale, dont 4 CLSC qui offrent des services de santé de base. Deux cent soixante omnipraticiens travaillent dans ces cliniques, dont 168 en GMF.

Les omnipraticiens sont vieillissants et le recrutement est difficile, ce qui fragilise de plus en plus les services offerts à la population lavalloise. D'ici à 2020, 40 % des médecins de cabinets prévoient de prendre leur retraite[1].

Afin de bien cerner les difficultés vécues par la première ligne et y apporter des réponses adéquates, la région, sous l'égide de son DRMG, se prépare à produire un plan d'organisation de services médicaux de première ligne qui proposera une série de solutions afin de soutenir la première ligne médicale et de stabiliser son offre de services.

Une de ces solutions consiste à élargir l'éventail des possibilités de soutien aux cliniques afin d'y intégrer des solutions convenant à tous les milieux de pratique, garantissant ainsi la pérennité des milieux cliniques.

## LES PHARMACIES

Parmi les partenaires du réseau, la région de Laval compte environ 75 pharmacies communautaires qui offrent des services à la population sous différentes enseignes.

Ces pharmacies sont bien réparties sur tout le territoire lavallois, dans des supermarchés, dans des centres d'achats, dans des cliniques médicales ou simplement en ayant pignon sur rue.

Elles offrent divers services de santé de base à la population : distribution de médicaments, conseils, information sur divers problèmes de santé, dépistage de certaines maladies chroniques, information sur différents services communautaires de la région.

Ces deux dernières années, des projets sont en cours d'élaboration afin d'associer certaines pharmacies communautaires participantes à des GMF du territoire, et ce, dans le but de maximiser la prise en charge de clientèles ciblées. Le pharmacien communautaire deviendra ainsi un partenaire incontournable de l'équipe médicale qui gravite autour du patient afin de permettre à ce dernier de bien prendre en charge sa maladie.

La participation des pharmaciens communautaires aux comités de première ligne permet de renforcer leurs liens avec les équipes traitantes et permet l'intégration de cette importante profession dans le continuum des soins offerts aux clientèles vulnérables.

## LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET SANS BUT LUCRATIF EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

L'Agence de Laval reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lavalloise. L'engagement de la région envers les organismes communautaires est inscrit dans le cadre de référence régional *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise*, adopté en février 2007.

Pour l'année 2011-2012, l'Agence de Laval a octroyé aux organismes communautaires un budget total de 17 365 489 $. À cette somme, il faut également ajouter les 2 842 486 $ accordés aux organismes sans but lucratif (OSBL) en santé et services sociaux.

[1] Étude de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), Octobre 2010

**Tableau 6. Exercice 2011-2012 – Financement total des organismes communautaires et des OSBL selon le mode de financement**

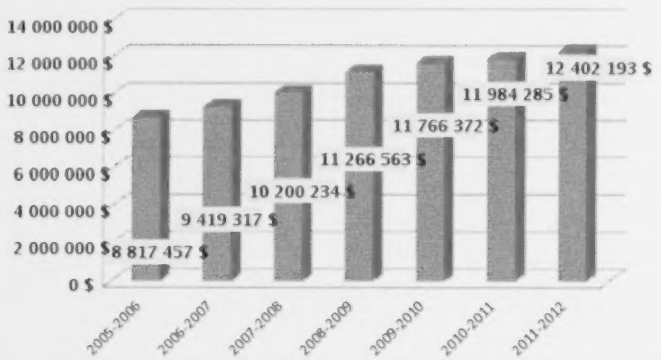
| Mode de financement | Montant |
|---|---|
| **Organismes communautaires** | |
| Mission globale (PAPA incluses) | 12 402 193 $ |
| Entente de service | 3 457 968 $ |
| Entente particulière | 526 506 $ |
| Projet ponctuel et dépannage | 978 822 $ |
| **Total organismes communautaires** | **17 365 489 $** |
| OSBL, budget récurrent, entente de service | 2 842 486 $ |
| **TOTAL ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET OSBL :** | **20 207 975 $** |

Le financement en appui à la mission globale prend la forme d'une subvention de base destinée à la mise en place ou à la consolidation de l'infrastructure d'un organisme communautaire afin qu'il puisse atteindre ses objectifs de santé et de services sociaux. La subvention comprend :

- Une portion destinée, en tout ou en partie, à l'infrastructure (ex. : loyer, administration, secrétariat, transport, communications, équipements adaptés, etc.) ;
- une portion destinée, en tout ou en partie, à l'accomplissement de la mission (ex. : salaires associés au fonctionnement et aux services de l'organisme, frais liés à l'organisation des services et des activités éducatives, à la concertation, à la représentation, à la mobilisation et à la vie associative).

GRAPHIQUE :
**ÉVOLUTION DU FINANCEMENT EN APPUI À LA MISSION GLOBALE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PAPA INCLUSES)**

Les détails des subventions récurrentes des organismes communautaires se trouvent à l'annexe 3.



## LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (CROC)

Le CROC a pour mandat d'assurer la mise en application du cadre de référence régional *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise* et de donner aux instances décisionnelles son avis sur les principaux éléments composant le développement communautaire dans le champ de la santé et des services sociaux. Il propose les orientations stratégiques ainsi que des mesures opérationnelles assurant notamment une cohérence satisfaisante de l'action des organismes communautaires en regard des priorités régionales, d'une réponse adéquate aux besoins de la population, des besoins exprimés par les membres des organismes communautaires et d'une meilleure continuité dans leurs interventions touchant le développement communautaire.

### Membres du CROC

| | |
|---|---|
| M[me] Chantal Arseneault | Représentante de la Corporation de développement communautaire (CDC) de Laval |
| M. Denis Blanchard | Représentant de la Direction des affaires réseau, Agence de Laval |
| M. Alain Carrier | Représentant de la Direction de santé publique, Agence de Laval |
| M[me] Jacynthe Couture | Représentante des établissements régionaux |
| M[me] Geneviève Goudreault | Représentante du CSSS de Laval |
| M[me] Stéphanie Leblanc | Représentante de la CDC de Laval |
| M[me] Manon Rousseau | Représentante de la CDC de Laval |

Les membres du CROC ont siégé à deux reprises et ont traité les sujets suivants :

- Recherche de solutions aux problématiques particulières ou d'urgence concernant les organismes communautaires ;
- Suivis et consultations des travaux du MSSS, tels que la reddition de comptes, le rapport du Vérificateur général du Québec, ainsi que la convention de soutien financier ;
- Cadre de référence régional portant sur les ententes de service entre les établissements publics et les organismes communautaires ;
- Portrait régional de la contribution des organismes communautaires travaillant dans la santé et les services sociaux.

CHAPITRE 4

# LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

## MOT DE LA DIRECTRICE

Au cours de la dernière année, la Direction de santé publique (DSP) s'est investie dans plusieurs actions pour la protection et l'amélioration de la santé des Lavallois, comme le veut son mandat. Dans un contexte de restrictions budgétaires, lesquelles touchent l'ensemble du réseau de la santé, nos activités ont davantage été orientées vers le maintien et la continuité de nos actions. Le déploiement du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2008-2012 s'est ainsi poursuivi et, en parallèle, nous avons accompagné le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval dans la mise en place de son Plan d'action local (PAL) de santé publique 2011-2016. La cohérence entre nos réflexions et les actions, ainsi que la détermination à concrétiser nos objectifs ont constamment fait partie de nos priorités.

**Perspectives**
C'est encore et toujours sous le signe de la concertation que s'inscriront nos prochaines avancées au cours de l'exercice 2012-2013. Il s'agit de l'une des principales forces du réseau lavallois.

Le PAR et le PAL seront au cœur de nos priorités puisqu'il reste encore à faire pour les déployer en totalité. L'accompagnement des équipes locales et régionales dans le changement des pratiques est le fondement de nos actions.

Nous souhaitons que la promotion de la santé et la prévention continuent de figurer parmi les préoccupations de nos partenaires. C'est la base de collaborations enrichissantes, qui permettent des avancées prometteuses. Ainsi, nous comptons travailler avec la Conférence régionale des élus au renouvellement de l'entente régionale sur les saines habitudes de vie – unique en son genre au Québec –, et même en élargir le mandat.

**Dre Nicole Damestoy**
Directrice de santé publique

## > ACTIONS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

### UNE VISION DE DÉVELOPPEMENT POUR LAVAL : PRODUCTION D'UN MÉMOIRE POUR UN PROJET DE PLAN MÉTROPOLITAIN D'AMÉNAGEMENT

La Communauté métropolitaine de Montréal (CMM) a procédé, sur son territoire, à l'automne de 2011, à une consultation publique sur un projet de plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD). Ce plan propose des orientations qui guideront le développement de la région pour les vingt prochaines années dans trois domaines : l'aménagement et l'occupation du territoire, le transport, la préservation de l'environnement et du patrimoine bâti. La Direction de santé publique de Laval a déposé un mémoire abordant les répercussions sur la santé et le bien-être des mesures proposées par le PMAD, en lien avec le développement de la région de Laval. Le mémoire souligne, notamment, que le développement massif des transports collectifs, et autres solutions de rechange à l'auto en solo, sont des mesures qui faciliteront l'adoption des déplacements actifs par la population, un facteur favorable à l'amélioration de la santé des Lavallois.

### COMITÉ DE GESTION RÉGIONAL SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE : TRAVAUX POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE ENTENTE

L'entente triennale régionale de partenariat pour la promotion des saines habitudes de vie arrivera à échéance en 2012. En vue de son renouvellement et de l'élargissement de son mandat, la Direction de santé publique a consulté les partenaires signataires et dressé un bilan des réalisations et des améliorations à apporter. Cette entente de partenariat découle du Plan d'action gouvernemental (PAG) de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids 2006-2012, *Investir pour l'avenir*. Le bilan indique, entre autres remarques, que l'entente a permis la réalisation de plusieurs projets favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. Il fait également mention de l'amélioration des communications entre les différentes instances, favorisant la cohérence de l'ensemble des actions.

### BILAN DE LA SITUATION SUR LES CONCERTATIONS RÉGIONALES

À l'automne de 2011, la Direction de santé publique a publié un portrait des instances de concertations locales et régionales. Un premier document présente les 69 instances de concertation intersectorielles recensées et précise les mandats, les déterminants de la santé abordés ainsi que les participants de chacune d'entre elles. Le second contient une analyse sommaire de certains aspects clés, dont l'hyperconcertation, les territoires de concertations, ainsi que la participation citoyenne. Ce deuxième document présente également la réflexion des divers partenaires. Le but de cet exercice visait notamment à dresser un bilan de l'état de concertation, à déterminer les doublons et à vérifier les possibilités de fusionnement de comités, le tout dans un souci d'efficacité et de cohérence.

Le CSSS de Laval, la Corporation de développement communautaire (CDC) de Laval, le Comité régional sur les saines habitudes de vie (CRÉ de Laval) et la Direction des affaires réseau de l'Agence de Laval ont reçu la visite de la directrice de la santé publique, Mme Nicole Damestoy, afin de leur présenter les résultats de ce portrait ainsi que diverses pistes de réflexion.

### ÉCOLE EN SANTÉ : UN PARTENARIAT DURABLE

École en santé a franchi un pas important au cours de la dernière année en renforçant l'action intersectorielle et l'accompagnement des 66 écoles lavalloises primaires et secondaires. Au-delà de l'accompagnement de plus de 60 % des écoles participantes, l'équipe régionale de soutien en promotion-prévention a également offert différents services aux écoles publiques ainsi que de la formation et des outils adaptés à leurs besoins. Ce soutien mise sur la participation d'acteurs intersectoriels engagés notamment dans les six Regroupements locaux de partenaires (RLP) et la mise en commun d'expertises liées à la promotion-prévention : santé, domaine psychosocial, sexologie, nutrition, kinésiologie, pédagogie, psychoéducation et action communautaire.

### PROJET CLINIQUE ET PLAN D'ACTION LOCAL DE SANTÉ PUBLIQUE : UN PARTAGE D'EXPERTISE AVANTAGEUX

À Laval, la Direction promotion-prévention (DPP) assume le double mandat de direction locale et de direction régionale de santé publique. Dans ce rôle, la DPP-DSP a collaboré à l'élaboration du Projet clinique (PC) 2011-2016 du réseau local de services de Laval en rédigeant plus spécifiquement le chapitre 1, soit le Portrait de santé ainsi que le Plan d'action local (PAL) en santé publique du CSSS de Laval. On y présente les priorités pour la prévention et pour la promotion de la santé, les actions à effectuer, les cibles et les directions clientèles du CSSS de Laval responsables ou associées à sa mise en œuvre.

Le PAL est une synthèse des cibles en prévention et en promotion de la santé du projet clinique du CSSS de Laval et du Plan d'action régional (PAR) adopté en 2008 par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

### ENSEIGNEMENT : ACCUEIL DE STAGIAIRES

Afin de contribuer à l'enseignement de la relève, particulièrement dans le domaine de la santé publique, la Direction de santé publique accueille chaque année des stagiaires. En 2011-2012, elle a accueilli quatre médecins qui terminaient une spécialisation en santé communautaire. Deux étudiants candidats à la maîtrise en santé communautaire ont également profité d'un stage à la DSP. Ces étudiants venaient de l'Université de Montréal et de l'Université de Sherbrooke.

## > LE FONDEMENT DE NOS ACTIONS

### SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

La surveillance de l'état de santé des Lavallois constitue un levier significatif pour déterminer les besoins de la population, prévoir les tendances démographiques et sanitaires ainsi que les problèmes en émergence. L'équipe surveillance et évaluation de la DSP a produit cette année plusieurs documents en ce sens pour mieux soutenir le réseau.

### PRODUCTION D'UN SECOND PROFIL THÉMATIQUE

L'application du plan régional de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants s'est concrétisée en 2011-2012 par la diffusion du second profil thématique. Celui-ci portait sur l'état des déterminants sociaux de la santé de la population dans la région de Laval. Nous avons également entamé les travaux du prochain profil qui porteront sur la santé mentale (diffusion prévue en 2012-2013) et préparé les travaux du profil Famille-Enfance-Jeunesse.

Un court document intitulé *Enseignements ti- rés des profils thématiques réalisés à ce jour et identification de suivis à intégrer à nos prochains travaux* a également permis de dynamiser la démarche du plan régional de surveillance.

### SOUTIEN AUX ACTIVITÉS DE PLANIFICATION ET DE PROGRAMMATION DES SERVICES DE SANTÉ

Cette année, les productions de l'équipe ont soutenu 18 activités de planification de services des gestionnaires tant de l'Agence de Laval que du CSSS de Laval, de même que des professionnels de la santé publique. Le soutien s'est fait par la production de documents spécifiques et la transmission d'information.

Nous avons également participé aux travaux visant une offre de services ajustée pour les régions de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie.

- Plan d'action local en santé publique, participation au projet clinique, octobre 2011
- Portrait des maladies cardiovasculaires, Laval 2012 (diffusion au printemps de 2012)
- Portrait des BML de Laval, janvier 2012
- Participation au cadre de référence en maladies chroniques, région de Laval, mars 2012

## TROIS DÉMARCHES ÉVALUATIVES EN COURS

Cette année, la DSP a mené à bien deux démarches évaluatives portant sur l'implantation de mesures régionales. L'un des projets examine un service de suivi étroit de personnes à potentiel suicidaire élevé – un service financé par la DSP, implanté par le CSSS de Laval et l'organisme communautaire l'Îlot, service régional de crise, en collaboration avec l'organisme Carrefour d'hommes en changement (CHOC).

L'autre projet concerne l'éducation sexuelle, volet parents, pour les jeunes du secondaire. Il a fait l'objet d'un rapport en avril 2012.

La troisième démarche porte sur l'accompagnement régional des écoles en promotion-prévention. Le projet évalue la satisfaction des écoles quant à l'accompagnement par une équipe de soutien en promotion de la santé et en prévention.

Ces trois démarches sont menées en collaboration avec des professionnels de l'équipe de promotion-prévention et les partenaires régionaux impliqués.

## DIX NUMÉROS DU BULLETIN SÉLECTIONS SANTÉ LAVAL

Dix numéros du bulletin *Sélections Santé Laval* ont été diffusés en 2011-2012, sur des sujets liés aux recherches effectuées par la DSP ou sur des sujets d'intérêt, comme la démographie du territoire et les conditions de vie. Cet outil de vulgarisation servant à faire connaître l'état de santé des Lavallois est diffusé auprès des médecins, des groupes de médecine familiale, des professionnels de la santé et des services sociaux, de même qu'auprès des gestionnaires et des intervenants de plusieurs milieux de la communauté lavalloise, sous une formule d'abonnement.

Pour s'inscrire, faites parvenir un courriel à l'adresse suivante :
**helene_major@ssss.gouv.qc.ca**

**Tableau 7. Liste des bulletins *Sélections Santé Laval***

| | |
|---|---|
| **Volume 8** | |
| No 4 – avril 2011 | Troubles musculosquelettiques liés au travail à Laval – Un Lavallois sur sept en souffrirait. |
| No 5 – mai 2011 | Le diabète à Laval – Le nombre de cas a augmenté depuis 10 ans. |
| No 6 – juin 2011 | Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 – Quelques repères sur l'état de santé des Lavallois (1re partie). |
| No 7 – sept. 2011 | Les maladies cardiovasculaires (MCV) chez les Lavallois. |
| No 8 – oct. 2011 | Le phénomène de l'itinérance à Laval. |
| No 9 – nov. 2011 | Comportements et habitudes de vie des femmes enceintes et des nouvelles mères lavalloises. |
| No 10 – déc. 2011 | Les services médicaux dispensés à Laval – Les médecins lavallois donnent leur 110 %. |
| **Volume 9** | |
| No 1 – janvier 2012 | Survie et mortalité chez les Lavallois âgés de 65 ans et plus – Quand ? Comment ? Pourquoi ? |
| No 2 – février 2012 | Tabagisme à Laval – Des disparités entre les hommes et les femmes. |
| No 3 – mars 2012 | Rhinite allergique – Un problème touchant un Lavallois sur cinq. |

### BANQUES DE DONNÉES

Afin de respecter les exigences de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, un important travail a été entrepris pour revoir la documentation des banques de données et des indicateurs utilisés dans nos productions. Nous avons également piloté les travaux régionaux qui ont mené au renouvellement de l'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de Laval. Cette entente vise à permettre l'accès aux banques de données ministérielles.

**Perspectives 2012-2013**
Dans la prochaine année, l'équipe compte poursuivre la réalisation de portraits de santé sur les différentes facettes des maladies chroniques à l'intention du réseau.

## > PROTECTION DE LA SANTÉ

### LES MALADIES INFECTIEUSES

Vigie sanitaire : une année comparable à 2010-2011

L'équipe des maladies infectieuses (MI) a reçu 2 460 signalements, soit seulement 29 de moins que l'année précédente.

Ces signalements ont nécessité 1 359 enquêtes :

- 936 enquêtes effectuées par les infirmières de l'équipe des MI concernant des maladies à déclaration obligatoire (MADO), des éclosions ainsi que des effets secondaires de produits immunisants (ESPRI).

- 423 enquêtes conduites par des partenaires (CSSS de Laval, Centre jeunesse de Laval, établissements de détention et médecins traitants), majoritairement dans le cadre de l'Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP) pour leur clientèle.

L'équipe est également intervenue en soutien à différents milieux pour circonvenir 90 éclosions de nature variée, principalement des gastroentérites épidémiques (comparativement à 91 éclosions en 2010-2011).

Par ailleurs, en plus des signalements, le service clinique a reçu 751 appels de professionnels de la région (même nombre qu'en 2010-2011), dont plusieurs pour des demandes d'information sur l'immunisation (353 par rapport à 385 en 2010-2011).

**Infections nosocomiales**
L'amélioration de la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre la grippe requiert des efforts soutenus année après année. Pour la saison 2011-2012, une rencontre d'information sur l'efficacité et la sécurité du vaccin a été offerte aux Centres d'hébergements et de soins de longue durée (CHSLD) privés conventionnés et non conventionnés. Une infirmière et un médecin de l'équipe des MI ont rencontré les travailleurs de la santé de quatre établissements lavallois ayant fait une demande à cet égard.

**Lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : un plus grand nombre de personnes rejointes**

Des 1 359 enquêtes effectuées par la DSP et ses partenaires, 658 l'ont été dans le cadre du programme d'IPPAP.

Ces enquêtes épidémiologiques auprès des personnes atteintes d'une ITSS permettent d'offrir du soutien pour informer le ou les partenaires sexuels de la personne infectée, si celle-ci le désire. Il s'agit d'une occasion d'offrir de l'information aux personnes qu'on a pu joindre et de tracer le portrait de la clientèle touchée afin de mieux adapter les programmes d'intervention.

**Activités intensives de suivi en immunisation avec les partenaires**
En cours d'année, la DSP a poursuivi des démarches concernant l'organisation des services de vaccination. Ces démarches incluaient :

• La campagne de vaccination contre la rougeole 2011-2012

Au Québec, plusieurs personnes ont été infectées par le virus de la rougeole en 2011. Des avis de surveillance et des lettres d'information ont été envoyés aux partenaires du réseau de la santé, aux milieux de garde, aux écoles et au Centre jeunesse de Laval afin de rappeler l'importance de la déclaration rapide des cas ainsi que celle de la vaccination de leur clientèle et de leur personnel.

À l'automne 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé une vaste campagne de rattrapage de la vaccination contre la rougeole pour les jeunes et le personnel des écoles primaires et secondaires qu'on considérait comme non protégés. La DSP a rencontré le CSSS de Laval et les différents représentants des milieux scolaires pour commencer la vaccination dans les 72 écoles primaires et les 25 écoles secondaires de Laval dès novembre 2011.

• La gestion des produits immunisants

En 2010, le contrat liant tout organisme désirant offrir des vaccins du programme québécois d'immunisation à la DSP a été révisé et, en 2011, on a poursuivi la présentation des principales modifications de ce contrat aux organismes vaccinateurs. De plus, tout nouvel organisme désirant obtenir des vaccins publics doit faire l'objet d'une visite avant la signature du contrat afin de s'assurer qu'il répondra aux exigences de conservation et de gestion des vaccins.

Ainsi, 38 organismes ont été évalués en 2011 pour terminer la tournée débutée l'année précédente. Les 26 sites de vaccination du CSSS de Laval seront évalués en 2012.

• Un nouveau système provincial de gestion des vaccins

Afin d'implanter le nouveau système informatique provincial de gestion des vaccins (SI-PMI-volet GPI) avant le 1er avril 2012, plusieurs rencontres provinciales, régionales et locales ont eu lieu et on y a orchestré diverses formations.

**De nombreuses communications aux partenaires**

Soucieuse d'informer rapidement les professionnels de la santé sur des situations préoccupantes, l'équipe des MI a préparé plusieurs envois d'information spécifique à l'attention des médecins et des infirmières pratiquant à Laval, dont 15 « Appels à la vigilance » sur des problèmes épidémiologiques particuliers (la rougeole – 10 appels à la vigilance à ce sujet –, la syphilis, l'infection à E. coli, le virus du Nil occidental et la gestion du risque lors de l'exposition au virus de la rage).

Trois bulletins *Mission Prévention Possible*, destinés aux médecins de la région, ont également été publiés. Le premier au printemps de 2011, offrant de l'information sur les maladies chroniques et la vaccination, le second à l'été de 2011, présentant le bilan annuel 2010 des MADO infectieuses et chimiques à Laval, et le dernier à l'automne de 2011, offrant de l'information sur la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH).

**Une dizaine d'activités de formation offertes aux professionnels**

L'équipe des MI a offert diverses formations en cours d'année :

- **Influenza et vaccination de base** : trois séances de formation sur les nouveautés du Protocole d'immunisation du Québec ont été offertes à tous les vaccinateurs de Laval.
- **Virus du papillome humain (VPH)** : la couverture vaccinale de la cohorte d'étudiantes 2010-2011 visées par le programme de vaccination contre le VPH a été présentée aux infirmières scolaires du CSSS de Laval. Cela a permis de déterminer les enjeux et d'échanger de l'information sur les pistes de solution qui permettraient d'atteindre les objectifs provinciaux.

Perspectives 2012-2013

Durant l'année à venir, l'équipe des MI compte intensifier son soutien et sa collaboration au CSSS de Laval quant à la prévention et le

contrôle des infections nosocomiales dans les établissements du réseau. De plus, la DSP compte mettre en œuvre le plan d'action pour la promotion de la vaccination avec la collaboration du CSSS de Laval.

## LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

### Plus de 90 dossiers ont été traités en vigie sanitaire

En ce qui concerne les menaces à la santé d'origine environnementale, la DSP a examiné 95 dossiers liés à des MADO chimiques. De ce nombre, 16 cas ont été confirmés pour la région de Laval, 28 ont fait l'objet de transfert et 50 n'ont pas été retenus. Un dossier est toujours sous investigation. Mentionnons que le service clinique de la DSP est disponible toute l'année, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

### Activation du plan d'urgence en santé environnementale

Aux mois d'avril et de mai 2011, le plan d'urgence de l'équipe de santé environnementale a été mis en œuvre. Un cas d'exposition au monoxyde de carbone potentiellement associé à l'utilisation d'explosifs a demandé l'intervention de la DSP auprès de plusieurs partenaires, dont la municipalité. L'élaboration de protocoles, d'avis de santé publique, d'outils d'information et de communication ainsi que la participation à des démarches d'information de la population et de concertation entre les partenaires ont été nécessaires.

### Participation à une simulation d'urgence

La DSP poursuit ses activités de concertation et sa collaboration avec la Ville de Laval pour la prévention des situations d'urgence et la réponse à ces situations. La DSP a participé à la simulation de procédures de décontamination à l'automne de 2011, avec le Service de protection des citoyens de la Ville de Laval (policiers et pompiers). Urgences-santé et la coordination en sécurité civile–mission santé de l'Agence de Laval ont également pris part au processus. Les simulations permettent de mieux comprendre les rôles et les responsabilités de chacun et de tester certains mécanismes de mise en alerte et de collaboration entre les partenaires.

### Modernisation des outils de soutien à l'intervention d'urgence

En 2011, la DSP s'est engagée dans un processus de modernisation des outils de garde en situation d'urgence. Ces outils informatiques permettront de rendre plus facilement accessibles les différentes ressources utiles lors d'une intervention d'urgence. Leur adoption devrait permettre aux intervenants et au personnel de soutien de gagner un temps précieux lorsqu'une situation d'urgence se produit.

### Qualité de l'air et de l'eau : informer pour protéger la santé

La DSP a procédé à différentes activités de communication pour informer la population de certains risques pour la santé en lien avec la qualité de l'air et de l'eau, la chaleur accablante, les punaises de lit et les rayons ultra-violets. Divers moyens ont été utilisés, notamment le site Internet de la DSP et des communiqués de presse repris par des médias locaux ainsi que par des publications municipales.

### Perspectives 2012-2013

Les perspectives s'inscrivent dans la continuité des actions entreprises en 2011-2012, notamment en ce qui a trait à la préparation aux urgences en santé environnementale, comme c'est indiqué dans le PAR.

## LA SANTÉ AU TRAVAIL

### Élaboration du portrait régional sur les troubles musculosquelettiques (TMS)

La participation de la DSP à un comité conjoint auquel participe l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a porté ses fruits : la production d'un portrait national des TMS diffusé en novembre 2010. Le portrait régional de Laval a été rédigé et sera diffusé au cours de l'année. La revue scientifique française Pratiques et organisation des soins a publié un article scientifique sur les TMS à Laval, au regard de la situation provinciale, dans l'édition de septembre 2011 (vol. 42, no 3).

**Contribution à d'autres dossiers provinciaux**
Les professionnels de l'équipe régionale sont engagés dans plusieurs comités provinciaux. La DSP a notamment participé au comité regroupant le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) sur la gestion du parc des instruments de mesure. Elle participe aussi au comité sur l'élaboration d'un outil de surveillance de l'exposition des travailleurs aux agresseurs (ex. : poussières, solvants et bruit) dont l'implantation est prévue en 2013.

De plus, la DSP collabore actuellement à la rédaction d'un rapport final sur l'opération Béryllium qui dresse le portrait de l'exposition des travailleurs au béryllium dans 10 secteurs d'activité économiques. Durant l'année 2012, on a dressé le bilan de cette opération. La diffusion du rapport est prévue à l'automne de 2012.

**Entente de gestion**
En 2012, la DSP a respecté les cibles de l'entente spécifique de gestion et d'imputabilité envers la CSST. Avec la collaboration de l'équipe locale de santé au travail du CSSS de Laval, elle a réalisé 1700 études de postes dans le cadre du programme Pour une maternité sans danger. En outre, elle a procédé à l'élaboration de 36 programmes de santé spécifique à l'établissement (PSSE) et mises à jour de PSSE d'entreprises de la région. Un dépistage des troubles de l'audition liés au travail a touché 176 travailleurs.

Finalement, l'équipe a répondu à 16 demandes de services en provenance de milieux de travail et de la CSST et a effectué 195 interventions dans des établissements.

**Perspectives 2012-2013**
En plus de poursuivre nos engagements avec la CSST et la réalisation des activités en lien avec la planification stratégique, nous avons privilégié une nouvelle approche dans notre façon de mettre en œuvre les PSSE en entreprise. D'ailleurs, nous travaillons depuis 2012 à la conception d'outils de soutien à l'entreprise dans le but de favoriser la prise en charge de la protection respiratoire et de la protection auditive des employés. Nous poursuivons également notre percée dans le secteur de la construction pour prévenir l'exposition des travailleurs à l'amiante.

## > PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ

### LES SAINES HABITUDES DE VIE

**Programme 0•5•30 : déploiement en milieux de travail**
Nous avons entrepris des démarches d'implantation du programme 0•5•30 Combinaison Prévention avec le CSSS de Laval. Un comité composé de membres des directions des ressources humaines et des Services généraux et fonction coordination-liaison du CSSS ainsi que de la Direction de santé publique a été mis en place afin d'élaborer un plan d'action.

De plus, des rencontres de sensibilisation ont eu lieu avec quelques employeurs lavallois. Les différents milieux réfléchissent à la possibilité de déployer le programme 0•5•30 au courant de l'année 2012-2013. En parallèle, l'Agence de Laval continue à déployer le programme au sein de son organisation.

**Poursuite de l'implantation du guide Ma cour : un monde de plaisir!**
La DSP a poursuivi l'implantation du guide Ma cour : un monde de plaisir! dans les écoles de la région. Cette année 10 nouvelles écoles ont adhéré au programme et mis en place un certain nombre d'outils. Les intervenants du CSSS de Laval ou des intervenants des regroupements locaux de partenaires issus de Québec en Forme (QeF) font l'accompagnement des écoles. La mise en place d'un tel projet peut ainsi aider les élèves à adopter et à maintenir un mode de vie sain et actif, tout en acquérant des compétences sociales.

**Campagne *Plaisirs d'hiver* : les écoles de la région s'activent**
Pour une onzième année, les acteurs du milieu scolaire de la région ont fait la promotion

de *Plaisirs d'hiver* auprès des jeunes. Les écoles primaires ont proposé des projets par l'entremise d'un concours. Le projet de l'école du Bois-Joli a été sélectionné en tant que meilleur projet. L'école a reçu une bourse de 500 $ ainsi que 20 paires de raquettes de neige pour la mise en place d'activités hivernales.

**Partenariat avec la Ville de Laval : à Laval on bouge... toute l'année!**
La DSP a poursuivi sa collaboration avec la Ville de Laval pour le déploiement régional des campagnes *Plaisirs d'hiver* et *Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP)*. La campagne *Plaisirs d'hiver* a été assurée dans le cadre des *Après-midi famille*. Pas moins de 22 activités ont été organisées dans différents parcs publics de la municipalité, tout au long de l'hiver, permettant à la population de rester active durant la saison hivernale.

Finalement, la *Journée nationale du sport et de l'activité physique* et sa fin de semaine active se sont matérialisées à l'échelle municipale avec l'organisation d'une quinzaine d'activités gratuites pour rappeler à la population combien il est agréable et facile d'adopter un mode de vie physiquement actif et de le maintenir durant toute l'année. Rappelons que la tenue de ces deux campagnes est rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs partenaires. La DSP contribue à l'élaboration de ces campagnes dans le cadre du déploiement de son programme 0•5•30.

**Le concours *École active* toujours aussi populaire**
Dans le cadre du concours École active, 20 écoles lavalloises, des niveaux primaires et secondaires des deux commissions scolaires, ont reçu un financement pour la mise en place de projets favorisant la pratique d'activités physiques, la saine alimentation et la pratique sécuritaire d'activités sportives. Des bourses totalisant une valeur de 19 210 $ ont été octroyées, dont 10 500 $ provenant d'investissements de la DSP.

**Projet-pilote pour les jeunes adultes qui désirent cesser de fumer**
En collaboration avec le CSSS de Laval et le secteur de l'éducation des adultes et de la formation professionnelle de la Commission scolaire de Laval, un projet-pilote pour l'abandon du tabac a été mis sur pied dans deux centres d'éducation aux adultes pour mieux soutenir les jeunes adultes désirant cesser de fumer. Actuellement, les organisations participantes évaluent la pertinence de poursuivre ce projet.

**Politiques alimentaires : soutien aux établissements lavallois**
Le groupe de travail, animé par la DSP, a poursuivi ses travaux en accompagnant les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans l'application de leur politique alimentaire. À l'automne de 2011, un atelier d'appropriation sur la vision de la saine alimentation pour la création d'environnements alimentaires favorables à la santé a réuni les membres du groupe et des nutritionnistes de la région. Ces derniers sont également engagés dans la mise en place d'environnements alimentaires sains. Par ailleurs, la date limite pour finaliser l'implantation des politiques alimentaires ayant été prolongée jusqu'en mars 2013, le groupe de travail maintiendra ses rencontres au cours de la prochaine année tout en continuant d'offrir du soutien aux établissements du réseau.

**Collaboration au programme Amélioration de l'alimentation en CHSLD**
La DSP a maintenu sa collaboration avec l'Agence de Laval pour le déploiement du programme Amélioration de l'alimentation en CHSLD dans les centres d'hébergement. En 2011-2012, le Comité régional a continué de planifier des rencontres et a soutenu la mise en œuvre de projets dans six établissements. Ces projets cherchent à améliorer l'alimentation de la clientèle hébergée en CHSLD, selon les orientations définies dans le cadre de référence « Miser sur une saine alimentation : une question de qualité ».

**Évaluation de l'intervention de groupe en saine gestion du poids du CSSS**
La DSP et la direction des Services généraux et fonction coordination-liaison du CSSS de Laval ont élaboré ensemble une démarche d'évaluation de l'offre de service du programme de saine gestion du poids du CSSS. Les participants et les intervenants seront invités à collaborer à cette évaluation dès avril 2012 jusqu'à mars 2013. Les résultats serviront à maintenir, à améliorer ou à réorienter l'offre de service.

**Projet-pilote d'achat local institutionnel**
La DSP a contribué à la réalisation d'un projet-pilote d'achat de fruits et de légumes locaux dans les institutions lavalloises. Ce projet a été mené l'an dernier par la Ville de Laval et la Coopérative Paniers-Saveurs de Laval, en collaboration avec Équiterre. C'est dans le cadre de référence « Miser sur une saine alimentation : une question de qualité » que l'Agence de Laval a invité les établissements à participer au projet. Ainsi, huit établissements se sont approvisionnés en produits locaux au cours de l'été de 2011 et ont signifié leur intérêt pour renouveler l'expérience en 2012.

**Formation en hygiène et salubrité**
Afin d'aider les organismes communautaires et caritatifs de la région à se conformer au Règlement sur les aliments, la DSP a de nouveau offert une formation en hygiène et salubrité dans le contexte d'une aide alimentaire aux gestionnaires responsables. Une formatrice accréditée du Collège Montmorency a une fois de plus collaboré au déploiement de cette initiative. Nouveauté cette année : l'engagement du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) dans le financement de cette offre de service. Dix-sept personnes ont assisté aux deux jours de formation et reçu leur attestation du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ).

**Accompagnement des regroupements locaux de partenaires (RLP)**
La DSP accompagne toujours six RLP issus de QeF, un bel exemple de mobilisation de partenaires des milieux scolaire, municipal, communautaire et de la petite enfance, ainsi que du réseau de la santé. Chaque regroupement a pour mission de favoriser l'acquisition et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes de 0 à 17 ans et dans leur famille.

Dans le but de soutenir les intervenants engagés dans les actions des RLP et de favoriser la cohérence des messages véhiculés sur la saine alimentation, la DSP a offert à deux reprises une séance d'information intitulée « L'alimentation chez les jeunes : portrait de situation et pistes d'interventions ». Plus de 60 personnes y ont assisté.

**Qu'est-ce qu'on mange? Pour une meilleure alimentation des jeunes Lavallois**
Ce projet régional en saine alimentation s'échelonnera sur deux ans et est financé par QeF. Son déploiement a été effectué par le Groupe Promo Santé Laval. En collaboration avec la DSP et les autres partenaires régionaux de l'Entente sur les saines habitudes de vie, le projet soutient divers milieux dans l'application de mesures favorisant la saine alimentation chez les jeunes Lavallois. Pour sa première année de déploiement, des formations aux responsables de services de garde en milieu familial ont été offertes et ont permis de joindre 319 personnes.

**Santé buccodentaire : état de la santé des dents des élèves du primaire**
En mars 2012, la directrice de santé publique a signé au nom de l'Agence de Laval un contrat pour la réalisation d'un suréchantillonnage régional dans le cadre de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire. Le contrat a été conclu avec l'Institut national de santé publique du Québec. Cette étude évaluera 1 100 élèves lavallois de la 2e et de la 6e année du primaire. Ces examens sont prévus de novembre 2012 à juin 2013.

**Journée régionale sur les saines habitudes de vie**
En collaboration avec les partenaires du comité de gestion de l'Entente sur les saines habitudes de Laval, la DSP a participé à l'organisation d'une journée régionale sur les saines habitudes de vie. Sous le thème

« À Laval, un environnement favorable, c'est l'affaire de tous », plus de 130 personnes représentant divers milieux (scolaire, communautaire, de santé, philanthropique, municipal) ont participé à l'exercice de réflexion sur le développement des habitudes de vie dans les communautés lavalloises, animé par Mme Sylvie Bernier. Les différents partenaires présents ont dégagé des pistes d'action à court et à moyen terme afin d'améliorer la santé des jeunes lavallois.

Perspectives 2012-2013
Parmi les perspectives pour l'année 2012-2013, la DSP compte promouvoir le programme 0•5•30 dans les milieux de travail lavallois. De plus, elle collaborera à la poursuite des travaux du comité de gestion de l'Entente sur les saines habitudes de vie et à la mise en place de son plan d'action. Avec la Conférence régionale des élus de Laval, elle compte renouveler cette entente en intégrant un volet sur le développement global des jeunes enfants.

## LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

### Action intersectorielle : une stratégie prioritaire

En s'engageant avec des partenaires régionaux dans des ententes sur la promotion des saines habitudes de vie, la lutte à la pauvreté et la persévérance scolaire, la DSP élargit son champ d'intervention et d'influence. De plus, la DSP accompagne les regroupements locaux de partenaires (RLP) des six communautés lavalloises mobilisées autour des saines habitudes de vie et du développement global des jeunes enfants. Elle participe aussi aux projets de revitalisation urbaine intégrée pilotée par la Conférence régionale des élus (CRÉ) de Laval.

### Portrait des concertations régionales et locales à Laval

En soutien de l'action intersectorielle, la DSP a publié cette année le Portrait des concertations régionales et locales à Laval. Des présentations ont été faites auprès de plusieurs partenaires de la région. En tout, 69 instances de concertation intersectorielle ont été répertoriées, toutes en lien avec au moins un déterminant de la santé. Un outil qui recense les concertations est accessible en ligne, en plus d'un court document d'analyse qui présente notamment des réflexions autour d'enjeux tels que les territoires de concertation, l'hyper-concertation et la participation citoyenne.

### Sécurité alimentaire : toujours une priorité

L'étroite collaboration de la DSP avec le Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL) a permis la publication de deux documents : la mise à jour du *Répertoire des ressources en sécurité alimentaire de Laval et de l'État de situation de la sécurité alimentaire à Laval (2010)*. De son côté, le CASAL s'est doté d'un nouveau plan d'action couvrant la période 2011-2014, en plus d'avoir tenu à l'automne de 2011 la 6e édition des matinées bisannuelles, sur la sécurité alimentaire des aînés.

En soutien aux organismes communautaires du domaine de la sécurité alimentaire, la DSP a alloué de nouveaux fonds afin de bonifier les activités de cuisines collectives dans le cadre des projets de soutien aux jeunes parents, offerts dans neuf organismes de la région. Le financement a été accordé dans le cadre d'un projet régional au profit duquel un agent de liaison travaille au sein du comité des cuisines collectives de Laval. Enfin, des fonds supplémentaires ont été octroyés à sept organismes pour bonifier le budget des activités de dépannage alimentaire.

### Regroupements locaux de partenaires : consultation sur l'implantation

La DSP a mené une consultation auprès des partenaires de trois regroupements locaux de partenaires (RLP) soutenus par QeF. Cette consultation a été menée dans le but de dresser un portrait des partenaires, membres des RLP et issus de QeF, et de prendre note de leurs recommandations. Les participants se disent favorables à QeF, à sa mission, à ses objectifs et aux retombées positives de ses actions au sein de la communauté.

Parmi les constats, nous soulignons la difficulté d'adapter la mission aux réalités et aux priorités locales des acteurs. Au nombre des

recommandations, nous relevons l'amélioration de l'efficacité de la consultation, tant dans l'investissement de temps que dans la réflexion et le choix des actions, l'augmentation de la flexibilité du financement et l'amélioration de l'accompagnement par QeF.

**Réseaux de sentinelles : un projet d'évaluation**
Un devis d'évaluation du réseau de sentinelles a été réalisé dans le cadre du stage d'une étudiante de maîtrise en santé communautaire. Le but de la démarche était de déterminer ce qui rendait plus facile ou difficile le fonctionnement du réseau et de comparer les caractéristiques des réseaux efficaces avec celles d'autres réseaux moins efficaces ou inopérants.

**École en santé : une démarche évaluative**
Cette année, la DSP a mené une démarche évaluative portant sur l'accompagnement régional des écoles pour la promotion et la prévention. Le projet évalue la satisfaction des 70 écoles primaires de la région au regard de l'accompagnement offert par une équipe de soutien régionale en promotion de la santé et en prévention. L'évaluation est menée en collaboration avec les deux commissions scolaires de Laval, le CSSS de Laval et des professionnels de l'équipe promotion-prévention de la DSP.

La démarche régionale d'implantation de l'approche École en santé a aussi fait l'objet d'une présentation dans le cadre des Journées annuelles de santé publique sur les écoles promotrices de la santé.

**Périnatalité et petite enfance : un nouveau plan d'action en élaboration**
Afin d'optimiser les actions déployées dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), ces actions font l'objet d'une analyse continue. À l'issue du plan d'action 2007-2011, cette analyse servira au travail d'élaboration du nouveau plan 2012-2016. Ces activités sont menées conjointement par le CSSS de Laval et la DSP. Trois séances de travail ont déjà eu lieu à cet effet. Le nouveau plan d'action sera finalisé à l'été de 2012.

**Accompagnement de communautés locales en petite enfance**
La DSP a accompagné des RLP dans leur démarche de demande de soutien financier à Avenir d'enfants (AE), en particulier en contribuant à l'analyse de portraits des communautés ainsi qu'au processus d'élaboration de plans d'action. Ces plans visent le développement global et le bien être des enfants âgés de cinq ans et moins, vivant en situation de pauvreté. Dans ce cadre, la DSP collabore aussi à la mise en œuvre de certaines actions concertées. Jusqu'à maintenant, cinq des six RLP sont engagés, à différents degrés, dans une démarche de demande de soutien auprès d'AE.

**Cap sur l'Initiative des amis des bébés (IAB)**
Depuis 2007, il existe à Laval un Comité régional en allaitement maternel (CRAM) dont le principal mandat consiste à mobiliser les partenaires régionaux dans l'implantation de l'IAB. Ce programme favorise la mise en place de pratiques favorables à l'allaitement non seulement dans les services de maternité, mais aussi dans les autres milieux fréquentés par les mères, les pères et les familles. Pour une deuxième année consécutive, la DSP participe à l'animation de ce comité avec le CSSS de Laval. On y a élaboré un plan d'action 2011-2014 mettant le cap vers l'obtention de l'accréditation IAB.

**Prévention des dépendances : priorité à la première ligne**
La DSP soutient activement les intervenants de la première ligne du CSSS de Laval qui ont le mandat de reconnaître les personnes ayant un problème de dépendance et d'orienter ces dernières vers les services appropriés ou qui ont le mandat d'intervenir précocement auprès des personnes à risque de développer un problème de dépendance. Le déploiement de la formation des intervenants de première ligne s'est poursuivi tandis qu'une formation en entretien motivationnel est en cours d'élaboration.

Parallèlement, la DSP a maintenu ses activités de surveillance de l'offre de jeux de hasard et d'argent par sa participation au comité interrégional de suivi de l'offre de jeu.

**Prévention du suicide : une année vouée à la consolidation des pratiques**

Plusieurs services de qualité sont actuellement offerts pour la prévention du suicide à Laval. Avec la diffusion des Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et avec le soutien financier de la DSP au Colloque régional en prévention du suicide, organisé par le CSSS de Laval, les actions de cette année étaient orientées vers la mobilisation des acteurs, ainsi que vers la remise en question et l'amélioration des services offerts à la population lavalloise pour la prévention du suicide. Par ailleurs, la DSP a accepté de coanimer, avec le CSSS de Laval, la Table de travail régionale en prévention du suicide.

**Orientation sexuelle : adapter nos interventions**

Parce que le respect de la diversité sexuelle et la lutte contre l'homophobie sont des éléments importants pour le bien-être des jeunes, la DSP a organisé divers événements, en plus de mener la campagne annuelle de la Fondation Émergence. La formation Adapter nos interventions aux réalités des personnes homosexuelles et bisexuelles, offerte par l'Institut national de santépublique du Québec, a permis de joindre 18 intervenants d'organismes communautaires de la région. De plus, deux ateliers de deux heures ont été organisés avec des intervenants de la Table jeunesse Sainte-Rose et de la Table jeunesse du Marigot. Ces ateliers ont non seulement permis de sensibiliser plus de 50 intervenants, mais aussi de planifier des séances qui se tiendront en 2012 2013 dans de nouveaux milieux.

**Projet-pilote en éducation à la sexualité : les écoles poursuivent certaines des activités**

L'année 2011-2012 a marqué la fin du projet-pilote en éducation à la sexualité mené dans deux écoles secondaires de la région depuis deux ans. Abordant les relations amoureuses, les infections transmissibles sexuellement et les agressions sexuelles, ces projets ont permis de joindre les jeunes de la 1re à la 5e secondaire. Les écoles ont poursuivi certaines des activités prévues dans le cadre de ce programme. D'autres écoles se sont aussi manifestées pour entreprendre une démarche d'éducation à la sexualité.

De plus, les membres du comité régional sur l'éducation à la sexualité chez les adolescents de 12 à 17 ans sont convenus de poursuivre leur collaboration afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions liées à la sexualité qui seront déployées dans divers milieux en cours d'année.

**Parler de sexualité avec son jeune : des outils concrets pour les parents**

Dans le cadre d'un projet-pilote, les DSP des Agences de la santé et des services sociaux de Laval et de Lanaudière ont conçu des outils pour les parents de jeunes de 5 à 17 ans. Ces outils permettent aux parents d'acquérir des habiletés en lien avec des sujets touchant la sexualité. Parmi les stratégies mises en œuvre, mentionnons la production de capsules, de bulletins et d'un kiosque ainsi que l'organisation de rencontres parentales et d'interventions auprès des jeunes.

Pas moins de 9 183 parents dont le ou les enfants fréquentent le primaire ou le secondaire ont été joints de 2011 à 2012. Des intervenants du milieu communautaire et des réseaux de la santé et de l'éducation ont été initiés aux outils présentés. Rappelons que ce projet s'inscrit dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014.

**Campagne Je passe le test : encore plus d'écoles et de jeunes joints!**

À Laval, comme au Québec, on constate une augmentation du nombre d'infections à la chlamydia, principalement chez les jeunes de 15 à 24 ans. Pour lutter contre cette infection transmissible sexuellement, un kiosque de prévention nommé *Je passe le test* s'est tenu dans cinq centres de formation professionnelle et d'éducation aux adultes de Laval. Une nouveauté cette année, cinq écoles secondaires et le cégep Montmorency ont reçu la visite du stand d'information à trois reprises. Fruit d'une collaboration entre le

CSSS de Laval et l'organisme communautaire Sida-Vie Laval, cette activité a permis aux élèves de tester leurs connaissances et, pour ceux qui le souhaitaient, de passer gratuitement un test de dépistage de la chlamydia.

**Drogues par injection : l'importance de faire connaître les services offerts**

Afin de répondre à une demande des intervenants lavallois (policiers, intervenants psychosociaux, travailleurs de rue, etc.) qui désirent faire la promotion des services offerts pour les personnes usant de drogues par voie intraveineuse, la DSP a participé à la réalisation de l'outil « Pour du matériel d'injection – Voici où aller à Laval ». On y présente les lieux de distribution de matériel, d'intervention psychosociale, d'écoute, d'orientation, d'accompagnement, de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de vaccination.

Cet outil a été largement diffusé auprès des personnes s'injectant des drogues ainsi qu'auprès des partenaires travaillant avec cette clientèle. La DSP, en collaboration avec le CSSS de Laval et les organismes communautaires Travail de rue de l'Île de Laval, Oasis – Unité mobile d'intervention et Sida-Vie Laval, a participé au lancement médiatique de cet outil auprès de plus d'une quarantaine de personnes des milieux communautaires, municipaux et policiers.

**Nombre de seringues distribuées : une augmentation marquée à Laval**

Cette année, on observe à Laval une augmentation importante du nombre de seringues distribuées auprès des personnes s'injectant des drogues. Comparativement à l'année précédente, ce nombre a plus que doublé (4025 en 2010 contre 10 463 en 2011). La région peut toutefois se féliciter de son taux de récupération des seringues qui est de 100 %. Les organismes distribuant le matériel d'injection ont réussi à joindre davantage de personnes puisque le nombre de visites enregistrées a également connu une hausse significative (156 contre 393).

**Perspectives 2012-2013**

Au cours de la prochaine année, la DSP compte consolider le réseau des écoles lavalloises inscrivant leurs interventions de promotion et de prévention dans l'approche École en santé (AÉS). À cet effet, elle précisera avec le CSSS de Laval le mandat de l'équipe de soutien régionale en promotion et prévention pour les jeunes d'âge scolaire.

La DSP offrira son soutien au CSSS de Laval en ciblant des interventions de promotion et de prévention auprès des jeunes de 16 à 24 ans. Elle veillera de plus à l'adaptation des services préventifs pour mieux répondre à leurs besoins au sein du réseau local de services.

Afin de favoriser le déploiement optimal de projets ciblant les jeunes de 0 à 5 ans qui vivent dans un contexte de vulnérabilité, la DSP produira un état des projets déjà existants et soutiendra régionalement l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants 2011-2014.

**Contribution des organismes communautaires**

L'Agence reconnaît et finance 11 organismes qui offrent divers services et activités en relation avec le programme-services Santé publique tels que : intervention en périnatalité et auprès des jeunes parents, activités de prévention à la toxicomanie, au VIH/SIDA et aux ITSS, interventions auprès des personnes démunies principalement en ce qui touche la sécurité alimentaire. De plus, plusieurs activités liées au programme-services Santé publique sont organisées par des organismes communautaires faisant partie d'autres programmes-services.

| Organismes programmes-services santé publique 2011-2012 | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services aux personnes démunies** | | |
| Association amicale des jeunes et parents | | |
| Agape Inc. | | |
| Entraide Pont-Viau et Laval-des-Rapides Inc. | | |
| Relais communautaire de Laval | 5596 | |
| **Services en périnatalité et aux jeunes parents** | | |
| Au Jardin de la famille de Fabreville Inc. | | |
| Enfant d'abord | | |
| La Parentèle de Laval | | |
| Maison de la famille de Saint-François | | |
| Le Relais familial d'Auteuil | 3295 | |
| **Services en aide à l'allaitement** | | |
| Nourri-Source Laval | | |
| (plusieurs mamans reviennent toutes les semaines pendant plusieurs mois) | | 5500* |
| **Services prévention au VIH/SIDA et aux ITSS et en soutien aux personnes atteintes** | | |
| Sida-Vie Laval | 50 | |
| **Services d'hébergement pour personnes atteintes du VIH/SIDA** | | |
| Maison Dominique | 200 | |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **9141** | **5500** |

De plus, l'Agence finance des projets ponctuels ou des ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Groupe Promo Santé Laval
- Regroupement des centres de la petite enfance de Laval.

# LA DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET SANTÉ PHYSIQUE

## MOT DE LA DIRECTRICE ASSOCIÉE SANTÉ PHYSIQUE

La Direction des affaires médicales et santé physique (DAMSP) a accueilli dans ses rangs, pour l'exercice 2012-2013, un nouveau directeur-conseil : le Dr Michel Cimon. Son rôle stratégique au sein de l'équipe a permis de raviver diverses instances, comme la Table régionale des chefs en médecine spécialisée, la Table technique PREM-RUIS et la Table DSP-DRAMU.

La DAMSP est très fière d'avoir vu se concrétiser le projet de Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL) qui a officiellement ouvert ses portes le 20 février 2012, date à laquelle ont été reçus les premiers usagers en radio-oncologie. Il est à noter que les premiers usagers en hémato-oncologie ont de leur côté été accueillis en juin. Ce centre est un maillon important du continuum de soins du programme régional de lutte contre le cancer qui arrivera à son terme durant l'exercice 2012-2013.

Autre ouverture, celle du Centre intégré de services de première ligne de l'ouest de l'île (CISPLOI) en novembre 2011. Ce centre fournit une offre de services accrue à la population et vient combler un besoin sans cesse grandissant dans un secteur où le CSSS de Laval n'avait pas de locaux. Il s'y pratique une nouvelle approche des services de première ligne, et on compte notamment en son sein un centre de prélèvements sans rendez-vous, un guichet d'accès pour la clientèle orpheline (GACO), ainsi qu'une équipe d'intervenants en santé mentale qui bénéficie de la proximité de plusieurs organismes communautaires.

Le développement de l'offre de services de première ligne s'est par ailleurs accéléré avec la mise en chantier du deuxième GMF-réseau et des démarches visant à en implanter un troisième. Trois autres GMF sont en cours de conception pour porter le nombre de GMF de la région de 8 à 11. Quatre GMF satellites ont également été implantés dans la région.

De plus, la DAMSP, en collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG), a établi le cadre conceptuel du « Menu à la carte » afin de favoriser des projets en réseau dans les milieux qui ne peuvent être des GMF. Elle a aussi participé à l'élaboration du cadre de référence des cliniques-réseau intégrées, qui fourniront des milieux aptes au suivi et à la prise en charge des maladies chroniques.

On a également élaboré un cadre de référence pour la mise en place d'équipes interdisciplinaires en maladies chroniques selon le modèle de Wagner qui touchera particulièrement le secteur des soins de première ligne.

La DAMSP tient également à souligner qu'elle a soutenu le DRMG dans l'élaboration des processus entourant les Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine générale, la restructuration des activités médicales particulières (AMP), la préparation et la diffusion de deux Info-DRMG, la révision du cadre de référence des GMF-réseau, l'harmonisation des ordonnances collectives dans les GMF ainsi que la création d'un cahier régional des ordonnances collectives, la préparation d'une assemblée générale du DRMG, le soutien aux diverses tables régionales et la participation à l'élaboration d'un

guichet d'accès internet aux soins médicaux de première ligne.

Le présent exercice a aussi vu se réaliser le Programme d'hémodialyse nocturne du CSSS de Laval. Ce programme permet maintenant à 24 usagers de recevoir leur traitement à domicile, durant la nuit. Ces derniers n'ont donc plus à aller à l'hôpital trois fois par semaine.

Dans le dossier du désengorgement des urgences, quatre grands dossiers sont en cours de traitement, dont la révision de la hiérarchisation des services en réadaptation. Une visite ministérielle a eu lieu au mois de novembre à l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) et un rapport a été déposé. On y recommande principalement la mise en place d'un comité stratégique en réadaptation pour revoir la hiérarchisation des services de soins médicaux de première et deuxième ligne. Cette initiative veut notamment permettre un meilleur continuum de soins et de services en réadaptation.

En outre, un dossier sur la capacité d'accueil des médecins spécialistes, établi en étroite collaboration avec le CSSS de Laval, a été déposé à l'automne de 2012. Ce dernier présente un ordonnancement des projets immobiliers nécessaires à l'accueil de médecins spécialistes, dont l'ouverture de nouveaux blocs opératoires, une deuxième IRM et la mise en place d'un nouveau TEP scan.

**Perspectives 2012-2013**

Pour l'exercice 2012-2013, la DAMSP concentrera ses efforts sur plusieurs dossiers, dont la stabilisation et le développement des soins médicaux de première ligne, l'installation des équipes interdisciplinaires pour le soutien aux maladies chroniques avec la collaboration de la Direction de santé publique (DSP), le déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans les GMF, le réseautage des plus petits milieux cliniques avec les milieux mieux organisés et le suivi de la relève au sein des cabinets médicaux. Le développement de la prise en charge des clientèles avec les pharmaciens communautaires est aussi à l'ordre du jour, de même que le rapprochement avec les organismes et les établissements qui s'occupent des clientèles très vulnérables telles que celles souffrant du VIH, de l'hépatite, de toxicomanie et d'itinérance.

Une zone franche interrégionale sera par ailleurs créée avec l'Hôpital de Saint-Eustache afin que les chirurgiens de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé puissent y opérer.

La direction participera aux travaux de planification stratégique du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal afin de mettre de l'avant une hiérarchisation de l'offre de services médicaux suprarégionaux.

On créera également un comité de travail sur l'offre de services sages-femmes et le dépistage de la surdité chez les nouveau-nés sera organisé pour la région.

Enfin, plusieurs priorités médicales en soins de première ligne sont à régler, entre autres à l'échelle des GMF-réseau, du guichet d'accès pour une consultation en médecine spécialisée et pour l'amélioration de l'accès aux plateaux techniques, notamment en imagerie médicale.

**Julie Desjardins**
Directrice associée en santé physique

## LA GESTION ET LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

**Orientations ministérielles**
L'ampleur du phénomène des maladies chroniques, tant à Laval qu'au Québec et dans le monde, n'est plus à démontrer. Le fardeau des maladies chroniques devient de plus en plus lourd pour la société, au point que certains craignent que les maladies chroniques mettent en péril la pérennité du système des soins de santé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fait de la prévention et de la gestion des maladies chroniques une priorité.

**Réalisations**
L'Agence de Laval a mandaté, au cours de la dernière année, la Direction des affaires médicales et santé physique, en collaboration avec la Direction de santé publique, pour élaborer un cadre de référence quant à la prise en charge des maladies chroniques, liant ainsi les objectifs du MSSS aux besoins de la région. Dans ce but, on a mis sur pied un comité régional. L'Agence de Laval compte donc sur le déploiement du programme de prévention et de gestion des maladies chroniques pour améliorer les pratiques médicales dans ce domaine et soutenir le CSSS de Laval dans cet aspect de son projet clinique.

**Perspectives 2012-2013**
Après l'adoption du cadre de référence, on créera un comité de travail pour mettre en œuvre un plan d'action régional et un mécanisme de suivi des indicateurs associés aux différents objectifs du plan.

## LE GUICHET POUR LA CLIENTÈLE SANS MÉDECIN DE FAMILLE

En 2011-2012, 2 615 personnes qui n'ont pas de médecin de famille ont été recommandées par le guichet de la clientèle vulnérable orpheline (GACO) à des médecins de Laval. De ce nombre, 1 020 étaient auto-recommandées par les médecins.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er novembre 2011, de la lettre d'entente L.E. 245 concernant la prise en charge et le suivi de tout patient sans médecin de famille (vulnérable ou non vulnérable) sous recommandation du guichet du CSSS de Laval, le nombre d'autorecommandations a bondi d'une façon significative au guichet de Laval.

Entre le 1er avril 2011 et le 24 janvier 2012, le nombre des patients inscrits a augmenté de 86 % tandis que le nombre total de patients recommandés montrait une hausse de 73 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, le nombre de médecins enregistrés auprès du guichet est passé de 126 à 279 au cours de la même période.

Le GACO joue un rôle important dans la meilleure prise en charge des soins médicaux de première ligne pour les clientèles vulnérable et non vulnérable. Afin d'accomplir sa mission, l'Agence de Laval incite les omnipraticiens, et surtout les jeunes médecins, à s'enregistrer au guichet et à prendre en charge plus de patients.

## URGENCE DE L'HÔPITAL DE LA CITÉ-DE-LA-SANTÉ

Les objectifs régionaux pour l'année 2011-2012 étaient :

- Assurer une intervention immédiate pour corriger toutes les situations problématiques ;
- Revoir les processus de la salle d'urgence ;
- Mettre en place des mesures structurantes pour répondre aux engagements de l'entente de gestion.

**Réalisations**
Dans chacune des situations problématiques des urgences, l'Agence de Laval a cherché des solutions ponctuelles. L'Agence de Laval collabore avec divers partenaires pour assurer, dans des cas généraux et pédiatriques, le détournement des ambulances vers des hôpitaux de Montréal, quand les urgences sont encombrées, ou pour mettre en place

des corridors de services afin de réduire l'attente en réadaptation et en hébergement.

Des efforts pour assurer la fiabilité des données transmises à l'application « relevé quotidien de la situation de l'urgence et du centre hospitalier » (RQSUCH) ont été faits.

L'Agence de Laval s'est également préoccupée de l'actualisation des actions intrahospitalières du Plan d'action régional. Sur ce plan, le CSSS de Laval a mis en place un projet d'optimisation des séjours des usagers à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé. Ce projet repose essentiellement sur la gestion de l'utilisation des lits afin d'en diminuer le temps d'inoccupation, sur la gestion de l'épisode de soins et, enfin, sur l'optimisation des processus à l'urgence.

Le déficit de lits de longue durée dans la région, tant dans les ressources non-institutionnelles (RNI) que dans les CHSLD, rend difficile le respect des engagements de l'entente de gestion, malgré les nombreuses actions entreprises durant l'année 2011-2012.

L'augmentation prochaine du nombre de GMF dans la région permettra d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux et sociaux de première ligne, notamment pour les clientèles fragiles comme les personnes âgées et les clients souffrant de troubles psychiatriques.

À la suite d'une visite ministérielle de l'HJR, plusieurs recommandations ont été émises. L'Agence de Laval, en collaboration avec le CSSS de Laval et l'HJR, mettra en place un comité stratégique en réadaptation afin de concrétiser les recommandations formulées et de réviser la hiérarchisation des services.

**Perspectives 2012-2013**
Poursuivre la mise en place du plan d'amélioration régional (PAR) qui tiendra compte de quatre axes prioritaires :

- les soins et services de première ligne ;
- l'intrahospitalier ;
- le posthospitalier ;
- l'hébergement.

## HÉMODIALYSE NOCTURNE À DOMICILE

**Réalisations**
Étant donné l'augmentation continue du volume de patients à traiter par hémodialyse, l'équipe du programme de médecine métabolique du CSSS de Laval a élaboré et transmis à l'Agence de Laval un projet d'hémodialyse nocturne à domicile. À la lumière des analyses effectuées, l'Agence de Laval a recommandé l'implantation dudit projet, tout en soulignant les éléments suivants :

- une meilleure condition biopsychosociale des usagers ;
- un meilleur accès aux traitements d'hémodialyse ;
- une meilleure disponibilité des plages d'urgence en centre hospitalier ;
- une utilisation optimale des ressources infirmières.

Pour l'exercice 2011-2012, un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a été accordé pour l'achat de 14 appareils de traitement pour les usagers et de 2 appareils de traitement pour la salle d'enseignement du CSSS de Laval. Quatre autres appareils ont été financés par la Fondation de la Cité-de-la-Santé de Laval.

**Perspectives 2012-2013**
D'ici l'exercice 2012-2013, 18 usagers pourront bénéficier de l'hémodialyse nocturne à domicile, pour un total de 4 800 traitements par année.

## CARDIOLOGIE TERTIAIRE

**Réalisation**
Le CSSS de Laval offre des services d'intervention d'urgence pour les syndromes coronariens aigus dont l'infarctus aigu du myocarde. Il est doté d'un laboratoire d'hémodynamie performant, à la fine pointe de la technologie, qui assure une couverture pour des interventions telles que la coronarographie et l'angioplastie coronarienne. Ce centre est l'un des plus efficaces du Québec quant aux délais d'intervention, entre

l'arrivée d'un patient souffrant d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST(IAMEST) et le moment où, après une coronarographie, son artère coronarienne thrombosée ou obstruée est dégagée.

D'abord implanté à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, le projet d'Identification préhospitalière de l'infarctus aigu du myocarde (IPIM), visant l'obtention d'un diagnostic plus rapide de l'infarctus du myocarde chez les patients transportés par ambulance, s'étend maintenant à l'ensemble du territoire couvert par Urgences-santé. Ce projet veut améliorer la qualité des soins offerts aux patients présentant des signes d'IM ou une suspicion d'IM lors de l'électrocardiographie (ECG) préhospitalière (faite par un ambulancier paramédical). « L'ECG 12 dérivations » est une représentation graphique du potentiel électrique qui commande l'activité musculaire du cœur. Lors d'un infarctus aigu du myocarde, chaque minute compte. Ainsi, plus on intervient rapidement, moins le patient risque de souffrir des séquelles de sa crise cardiaque. Des études ont montré que pour chaque tranche de 15 minutes de délai d'intervention économisée, les risques de décès diminuent de 1 %.

**Perspectives 2012-2013**
Depuis l'ouverture de la salle d'hémodynamie au CSSS de Laval, quatre lits de l'unité de soins en cardiologie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé ont changé de vocation. Ces quatre lits sont désormais réservés à des patients qui demandent une intensification de leurs soins et sont occupés à 100 % par une clientèle exclusivement coronarienne. En 2012-2013, la reconnaissance de ces quatre lits comme unité coronarienne permettra de libérer des lits de soins intensifs pour y accueillir d'autres types de clientèle avec des ratios d'infirmières variables, ce qui permettra d'avoir 20 lits de soins critiques multiclientèles dans l'établissement sans ajout d'espace.

## MÉCANISME D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS

**Orientations ministérielles**
En 2007, le MSSS a instauré un mécanisme d'accès aux services spécialisés et surspécialisés dans le secteur public, encadré par le projet de loi 33. Celui-ci prévoit l'intégration de l'ensemble des services spécialisés et surspécialisés dans le mécanisme central de gestion de l'accès selon les délais déterminés par le MSSS pour chaque service (article 53). Il est également assorti d'une garantie d'accès pour les services offerts dans un établissement selon les délais prescrits. Les deux secteurs actuellement intégrés dans le mécanisme d'accès sont les activités chirurgicales et l'imagerie médicale. Des travaux sont présentement en cours afin d'intégrer l'accès aux consultations spécialisées et aux examens d'endoscopie.

## ACTIVITÉS CHIRURGICALES

**Orientations ministérielles**
Le mécanisme d'accès inclut toutes les activités chirurgicales et offre notamment une garantie d'accès dans un délai de six mois pour les arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que pour les chirurgies de la cataracte. De plus, la planification quinquennale vise à ce que 90 % des chirurgies soient effectuées dans un délai de six mois. Par ailleurs, le délai prescrit pour les chirurgies oncologiques sera de 28 jours ou moins dans 90 % des cas opérés et de 56 jours ou moins dans 100 % des cas opérés en 2014-2015.

**Réalisations**
Afin de réduire les délais d'attente en chirurgie, les objectifs poursuivis durant l'année 2011-2012 étaient de s'assurer de l'atteinte des cibles ministérielles prescrites et de n'avoir aucun patient en attente d'une chirurgie pendant plus d'un an. La cible 2011-2012 fixée par le MSSS en chirurgie orthopédique était de 70 % des cas opérés dans un délai de quatre semaines.

**Tableau 8. Pourcentage des patients traités dans les délais**

| Catégories de chirurgie | Pourcentage |
|---|---|
| Prothèses de la hanche (PTH) | 40,8 % |
| Prothèses totales du genou (PTG) | 64 % |
| Cataractes | 99,6 % |
| Chirurgies d'un jour (CDJ) | 82,2 % |
| Chirurgies avec hospitalisation (CAH) | 89,2 % |
| Chirurgies oncologiques | 75,1 % |

**Constats**

Un suivi soutenu a été effectué auprès de l'établissement durant l'exercice 2011-2012 afin d'épurer les patients en attente de plus d'un an. À la fin de la période 2012, le nombre de patients en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie était de 43, ce qui représente une diminution de 14 % par rapport à l'exercice précédent.

De plus, le rapport de révision de processus en chirurgie orthopédique, déposé par l'équipe de l'accès du MSSS à l'été de 2011, comprenait des recommandations afin d'améliorer concrètement l'accès aux interventions de PTH et PTG, dont 70 % ont été appliquées ou sont en cours d'implantation au 31 mars 2012.

Le CSSS de Laval a déposé en 2010 un plan fonctionnel et technique (PFT) d'aménagement de deux nouvelles salles d'opération à même la superficie du bloc actuel pour favoriser l'accès aux interventions chirurgicales. Afin de maintenir le taux de production chirurgicale lors de la fermeture des salles, l'Agence de Laval a négocié avec la région des Laurentides le développement d'une zone franche durant la période estivale.

Les résultats de ces démarches se sont révélés fructueux et se sont inscrits dans la stratégie d'optimisation de l'utilisation du bloc opératoire de l'hôpital Saint-Eustache (HSE). Ainsi, il a été confirmé que l'HSE mettra à la disposition de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé deux salles en zone franche, principalement pour des chirurgies d'un jour, selon l'échéancier des travaux de construction (entre le 3 septembre et le 8 octobre 2012) :

- 3 jours opératoires par semaine en urologie afin de favoriser une plus grande concentration des activités chirurgicales à l'HSE ;
- 2,5 jours opératoires pour des cas de chirurgie d'un jour par certaines spécialités.

**Perspectives 2012-2013**

Durant le printemps de 2012, l'Agence de Laval a accompagné l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé afin de finaliser une entente formelle avec l'HSE. De plus, les discussions statuant sur la collaboration en zone franche entre ces établissements se poursuivront durant la période estivale.

Afin de favoriser l'atteinte des cibles de PTH et PTG, l'Agence de Laval poursuivra différentes démarches entamées en 2011-2012, à savoir :

- les négociations avec la région de la Montérégie pour élaborer une entente d'offre différente pour cette clientèle. L'objectif poursuivi sera une prise en charge de ces cas dès la demande de consultations par le centre hospitalier Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe ;
- les négociations avec la région de Lanaudière pour élaborer une entente de collaboration en chirurgie orthopédique ;
- une analyse des flux en chirurgie orthopédique et l'application des pistes de solutions afin de s'assurer d'une offre correspondant à la demande ;
- une révision du continuum de services en PTG et PTH selon les meilleures pratiques et les données probantes pour favoriser

une baisse de la DMS en CH et le retour à domicile de 85 % de la clientèle opérée.

## > IMAGERIE MÉDICALE

### Orientations ministérielles

L'imagerie médicale est le deuxième secteur à être intégré dans le mécanisme d'accès. L'implantation de l'imagerie médicale dans ce mécanisme établit une approche systématique de gestion de l'accès afin de permettre à toute personne dont l'état justifie un examen de radiologie d'avoir accès à ce service en temps voulu. Les cibles provinciales sont les suivantes :

- Rendez-vous : de 0 à 90 jours
- Lecture : de 0 à 7 jours
- Transcription : de 0 à 7 jours
- Transmission : 0 jour

### Réalisations

La saisie des statistiques en imagerie a débuté à la période 3 à l'échelle provinciale. Compte tenu des données manquantes, les tableaux ne révèlent pas un portrait exhaustif des activités d'imagerie au CSSS de Laval (hôpital de la Cité-de-la-Santé). À la fin de la période 13, la région affichait les résultats suivants :

**Tableau 9. Nombre d'examens électifs réalisés dans un délai de 90 jours**

| Catégories d'examens | Pourcentage |
|---|---|
| Graphie | 99,9 % |
| Scopie | 99,88 % |
| Mammographie diagnostique | 85,16 % |
| Échographies obstétricales | 94,69 % |
| Échographies autres | 77,3 % |
| Tomodensitométrie | 87,31 % |
| Résonance magnétique | 87,87 % |

**Tableau 10. Nombre d'examens électifs lus dans un délai de 7 jours**

| Catégories d'examens | Pourcentage |
|---|---|
| Graphie | 71,52 % |
| Scopie | 81,54 % |
| Mammographie diagnostique | 88,26 % |
| Échographies obstétricales | 81,97 % |
| Échographies autres | 98 % |
| Tomodensitométrie | 94,3 % |
| Résonance magnétique | 58,74 % |

**Tableau 11. Nombre d'examens transcrits dans un délai de 7 jours**

| Catégories d'examens | Pourcentage |
|---|---|
| Graphie | 17,94 % |
| Scopie | 20,66 % |
| Mammographie diagnostique | 15,74 % |
| Échographies obstétricales | 61,11 % |
| Échographies autres | 23,65 % |
| Tomodensitométrie | 21,95 % |
| Résonance magnétique | 30,51 % |

### Constats

Afin de répondre aux cibles ministérielles de lecture, l'Agence de Laval a négocié, avec 2 laboratoires d'imagerie médicale (LIM) du territoire, une collaboration à la lecture pour, entre autres examens, ceux de graphie simple. La collaboration des LIM a également été requise pour effectuer des examens de lavements barytés.

Afin de faire face aux délais de rendez-vous et de lecture, le CSSS de Laval a par ailleurs mis en œuvre diverses mesures de réaménagement du service d'imagerie.

**Perspectives 2012-2013**

- Durant l'été de 2012, le CSSS de Laval procédera au remplacement de son unique appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Afin d'éviter une interruption des services, l'Agence de Laval a entamé des démarches avec la région de Montréal pour convenir d'une entente interrégionale de zone franche ou d'achat de services en IRM. Les discussions se poursuivront afin de conclure une entente avec un établissement du nord de Montréal ;
- Le CSSS de Laval a déposé un PFT pour l'ajout d'un 2e appareil d'IRM. Pour juger de la pertinence de cet ajout d'équipement, le MSSS fera l'analyse de l'accès en imagerie médicale ;
- Afin de favoriser l'accès aux échographies, l'Agence de Laval, de concert avec le CSSS de Laval, demandera que les technologues suivent une formation accélérée ;
- Dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources en imagerie médicale à l'HJR, l'Agence de Laval actualisera les solutions retenues dans le cadre du projet d'optimisation.

## > BIOLOGIE MÉDICALE

**Orientations ministérielles**

Au cours de l'année 2011-2012, le MSSS a déterminé des objectifs d'optimisation pour le secteur de la biologie médicale. On a entrepris une démarche spécifique appelée OPTILAB afin de doter le Québec d'un véritable « système-réseau » de laboratoires, offrant des services de qualité optimale en matière de sécurité, de pertinence, d'accessibilité et d'efficacité. Ces laboratoires devront être en mesure de répondre aux évolutions des besoins de la clientèle. Tous les aspects des services de biologie médicale seront touchés par cette vaste opération, à savoir : l'accès aux prélèvements, la pertinence des analyses, l'organisation des laboratoires incluant la hiérarchisation des services, les ressources humaines et technologiques, les systèmes d'information, les aspects légaux touchant les services de biologie médicale et les laboratoires privés.

**Réalisations**

L'Agence de Laval s'est engagée envers le MSSS à collaborer à l'opération provinciale OPTILAB. Des travaux ont été amorcés pour constituer un modèle de gouverne efficace qui permettra l'élaboration et la réalisation d'un plan régional conforme aux orientations ministérielles au bénéfice de la population lavalloise.

Dans la région de Laval, le CSSSL (hôpital de la Cité-de-la-Santé) offre un service de laboratoire de profil régional. L'HJR offre quant à lui un service de laboratoire de profil local. Au cours de l'année 2011-2012, on a dressé plusieurs états de la situation régionale sur les sujets de biologie médicale. L'Agence de Laval a collaboré avec le CSSS de Laval à la réflexion sur le projet d'aménagement du département de biologie médicale. Aussi, une importante démarche de réflexion a été entamée pour l'amélioration des services de laboratoire de l'HJR.

Quant aux services de prélèvements veineux, le nombre de centres de prélèvements a augmenté à six avec l'ouverture, à l'automne 2011, d'un site sans rendez-vous au CISPLOI. Comme les années précédentes, l'Agence de Laval a soutenu le CSSS de Laval lors de l'exercice de mesure de l'accessibilité aux centres de prélèvements organisé par le MSSS au printemps de 2012. Les résultats montrent que la norme de 60 minutes concernant le temps-réponse n'est pas atteinte à 100 %.

Par ailleurs, l'Agence de Laval a participé aux travaux d'ajustements budgétaires requis à la suite de l'abolition de la facturation interrégionale, en vigueur depuis le 1er avril 2011. Le CSSS de Laval respecte, pour la presque totalité des analyses, les corridors de service du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal.

**Perspectives 2012-2013**

L'Agence de Laval procédera à l'élaboration du plan régional 2012-2015.

## LE PROJET DE SYSTÈMES AUTOMATISÉS ET ROBOTISÉS POUR LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS (SARDM)

**Orientations ministérielles**
À l'échelle provinciale, la phase II du projet SARDM est en cours de réalisation depuis décembre 2010. Dans ce cadre, l'implantation de systèmes de distribution en doses unitaires, l'élimination des systèmes traditionnels de distribution des médicaments et l'accès à un service centralisé d'additions aux solutés (SCAS) pour les préparations stériles ont figuré parmi les priorités dans l'adoption des plans de réalisation régionaux que les agences ont déposés.

**Réalisations**
Au début de l'exercice financier, l'Agence de Laval a procédé à l'appréciation de la reddition des comptes de la phase I. Bien que des éléments contextuels aient été défavorables à l'acquisition et à l'implantation de nouvelles technologies dans cette première phase, les établissements de la région ont apporté des améliorations à leur organisation du travail pour favoriser l'atteinte des objectifs SARDM.

L'année 2011-2012 a été consacrée à l'avancement de la phase II du projet SARDM. Au 31 mars 2012, le taux global d'avancement est évalué à plus de 60 %. Plusieurs projets sont presque terminés, dont :

- l'amélioration du serveur de la pharmacie au CSSS de Laval ;
- le déploiement du système de pharmacie GespharX à l'HJR) et au CHSLD Sainte-Dorothée ;
- l'implantation des caméras au CSSS de Laval pour l'amélioration d'ensemble du SCAS selon les normes en vigueur ;
- l'implantation des chariots à l'HJR et au CSSS de Laval dans les deux sites prévus.

Le Comité régional SARDM assure le suivi de l'avancement des projets de la phase II.

**Perspectives 2012-2013**
La réalisation de la phase II se poursuivra selon le calendrier établi. L'Agence de Laval procédera à l'évaluation de l'implantation de la phase II et à la planification de la phase III du projet SARDM.

## LA PÉRINATALITÉ

**Orientations ministérielles**
En continuité avec la Politique de périnatalité 2008-2018 du MSSS, l'Agence de Laval travaille ardemment à mettre en œuvre plusieurs des orientations de cette politique.

**Réalisations**
Au cours de la dernière année, plusieurs actions ont été entreprises dans le cadre de programmes liés au dossier de la périnatalité :

Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21
L'objectif du Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 est d'offrir, au sein du réseau public de la santé et des services sociaux, un dépistage à toutes les femmes enceintes qui le désirent, et ce, quel que soit leur âge. Ce programme est fondé sur un consentement volontaire et éclairé, après que les patientes ont reçu une information complète et non directive d'un professionnel de la santé.

Pendant l'exercice 2011-2012, on a mis en place un comité régional afin de préparer l'implantation du programme dans la région de Laval. Une rencontre d'information a également été organisée pour tous les professionnels de la région de Laval qui font des suivis de grossesse avant l'implantation officielle du programme dans la région à la mi-avril 2012.

L'information prénatale
L'Agence de Laval assure la diffusion du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères* à toutes les femmes enceintes, dès le premier trimestre de leur grossesse.

L'Agence de Laval participe par ailleurs au travail du tronc commun provincial d'information prénatale (TCPIP) qui veut harmoniser

les informations prénatales afin d'obtenir une meilleure cohérence dans la compréhension des messages émis par les services publics.

Suivi de grossesse
Les objectifs visés pour l'année 2011-2012 étaient :

- d'améliorer l'accessibilité du suivi de grossesse dès le premier trimestre ;
- d'augmenter la proportion des suivis de grossesse et des accouchements assistés par des omnipraticiens ;
- de développer l'offre de services de sages-femmes pour assurer le suivi prénatal.

Dans la région de Laval, 70 % des suivis de grossesse et d'accouchements sont effectués par des omnipraticiens, alors que 30 % sont assurés principalement par des gynécologues ou des obstétriciens.

L'Agence de Laval compte développer les services offerts par les sages-femmes afin que, d'ici dix ans, celles-ci soient en mesure d'assurer le suivi périnatal et d'assister l'accouchement de 5 % des femmes enceintes.

La procréation assistée
L'Agence de Laval, dans le but d'améliorer l'encadrement et le suivi des activités de procréation assistée, a poursuivi en 2010-2011 l'organisation de services de procréation assistée en s'assurant que les personnes qui y ont recours soient informées et soutenues de façon adéquate.

Les interventions obstétricales
L'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) a été implantée dans les centres offrant des soins obstétricaux durant l'hiver de 2011-2012. L'Agence de Laval soutient ainsi le caractère naturel de l'accouchement auprès de la population, ainsi qu'auprès des médecins et de l'ensemble des intervenants travaillant en périnatalité. Cette approche permet de mettre en place des moyens concrets afin de diminuer le recours aux interventions obstétricales.

Néonatalogie
Dans le but d'assurer l'accès aux services et de faire face au volume d'activités en lien avec l'augmentation des naissances dans la région, un projet de développement du service de néonatologie a été mis en place en collaboration avec le CSSS de Laval, à l'hiver de 2012. Ce projet s'articule en trois phases :

- la consolidation des services actuels, qui comprend la mise à niveau des services, des ressources humaines et des équipements afin d'assurer le bon fonctionnement de l'unité ;
- l'amélioration de l'unité de néonatalogie par la création de 10 lits supplémentaires et par une intensification des soins de niveau IIa à IIb ;
- la mise en place d'une clinique spécialisée dans le suivi de grossesses à risque élevé (GARE) permettant d'optimiser la santé maternelle et fœtale tout en apportant le soutien nécessaire aux parents.

**Perspectives 2012-2013**
Pendant l'exercice 2012-2013, plusieurs travaux se poursuivront et de nouvelles actions seront entreprises conformément à la Politique de périnatalité dont :

- le développement et le déploiement du programme de dépistage de la surdité néonatale prévu pour décembre 2012 ;
- la poursuite des travaux dans le dossier de la néonatalogie ;
- la création d'un comité sages-femmes qui aura pour mandat d'assurer l'organisation des services des sages-femmes pour les Lavalloises.

## LUTTE CONTRE LE CANCER

**Orientations ministérielles**
Les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer ont été poursuivies et mises à jour avec l'adoption, en septembre 2011, du document « Renforcer la lutte contre le cancer au Québec ».

Le gouvernement du Québec a fait de la lutte contre le cancer une priorité. Le 1er avril 2011, la Direction québécoise de la lutte contre le cancer devenait la Direction

québécoise du cancer (DQC), placée sous l'autorité directe du sous-ministre. La DQC conserve la mission d'orienter et de soutenir les activités de lutte contre le cancer. Le mandat a par ailleurs évolué vers le renforcement de la gouvernance clinique, la prise en compte du point de vue de la personne atteinte de cancer et l'évaluation de la performance dans l'organisation de la lutte contre le cancer au sein du système de soins et de services en santé et services sociaux.

**Réalisations**

Gouverne régionale

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, de concert avec le CSSS de Laval, a amorcé des travaux sur la révision de la gouverne régionale de la lutte contre le cancer afin de favoriser l'implantation et la consolidation du Réseau Cancer Laval.

Centre intégré de cancérologie de Laval (CICL) et accès à la radio-oncologie

L'année 2011-2012 a été marquée par l'ouverture du CICL qui devient un important maillon dans le continuum de soins et de services du Programme de lutte contre le cancer à Laval. Il est également, par sa mission suprarégionale en radio-oncologie, un élément du Programme de lutte contre le cancer des régions qu'il dessert. Novateur, le CICL s'est doté d'un système d'information (MosaiQ) qui permettra, une première au Québec, d'intégrer les processus complexes et diversifiés de l'oncologie.

Le CICL regroupe, dans une même infrastructure, les services de traitements en chimiothérapie et radio-oncologie ainsi que les services de consultations médicales spécialisées et de consultations professionnelles. Les activités de chimiothérapie ont commencé le 13 juin 2011 et celles de radio-oncologie le 21 février 2012 avec deux appareils. Précisons que le déploiement de l'offre de services en radio-oncologie est progressif.

Entre le 21 février et le 31 mars 2012, aucun patient n'a dépassé le délai de 28 jours en radio-oncologie.

Accès à la chirurgie oncologique

Quant à la chirurgie oncologique, la région de Laval se distingue du reste du Québec par une bonne gestion de la priorité des cas. Cependant, des efforts restent à déployer d'ici à 2015 afin d'assurer que 90 % des chirurgies seront effectuées dans un délai de 28 jours.

Interdisciplinarité et infirmières pivots en oncologie (IPO)

Les activités de formation régionale à l'interdisciplinarité se sont poursuivies pour le volet accompagnement. Au 31 mars 2012, l'équipe régionale des IPO et l'équipe interdisciplinaire régionale ont participé à trois séances de formation.

Pour ce qui est de l'accès à une IPO dans un délai de 2 jours ou moins, des travaux ont été effectués par le CSSS de Laval afin d'élargir l'offre de services des IPO. Le processus de recommandation et les critères d'accès ont été révisés et bonifiés. De plus, la clarification du rôle des IPO a contribué à améliorer la compréhension de l'importance de ces professionnelles au sein des équipes. Les médecins ont également participé à la démarche de réflexion.

Registre québécois du cancer (RQC)

L'Agence a soutenu le CSSS de Laval dans le déploiement de la première phase du projet RQC. L'établissement a transmis les données requises au RQC conformément à la cible indiquée pour la période de référence. Au 31 mars 2012, 95 % des cas ont été transmis par rapport aux nouveaux cas attendus. Au cours de l'année 2011-2012, deux nouvelles registraires se sont ajoutées à celle qui était en place depuis l'implantation du registre local des tumeurs en 2008.

Pour la deuxième phase de déploiement du projet RQC, l'Agence de Laval a coordonné les travaux entourant la mise en place d'une structure organisationnelle de projet afin d'élaborer le plan régional 2012-2013 et d'assurer un fonctionnement optimal des éléments qui seront mis en place.

**Perspectives 2012-2013**

La nouvelle gouverne régionale de lutte contre le cancer sera adoptée par le conseil d'administration de l'Agence de Laval à l'automne 2012. Un directeur médical régional en oncologie sera nommé au

début de l'année 2012-2013 pour favoriser l'avancement des travaux de lutte contre le cancer à Laval.

## > SOINS PALLIATIFS

**Orientations ministérielles**
Depuis 2004, la Politique en soins palliatifs de fin de vie du MSSS balise l'organisation des services et des soins palliatifs de fin de vie. En concordance avec cette politique, la mise en œuvre des mesures touchant les soins palliatifs de fin de vie dans les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer s'est poursuivie en 2011-2012.

Soins palliatifs à domicile
À Laval, les services de soins palliatifs à domicile sont assurés en complémentarité par le CSSS de Laval et la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD). En février 2012, une entente tripartite, « La contribution de l'organisme SSPAD à l'offre de service régionale en soins palliatifs », a été signée pour préciser, entre autres, les mécanismes financiers et les modalités de reddition de comptes.

En 2011-2012, 54 % des personnes en fin de vie ont pu bénéficier des services palliatifs à domicile tandis que la cible fixée par le MSSS était de 60 %. Le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile a augmenté légèrement par rapport à l'année 2010-2011, passant de 746 à 767 usagers. Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile, la région de Laval maintient une performance supérieure à celle attendue. Selon le CSSS de Laval, aucun patient n'était sur la liste d'attente et les services étaient fournis dès la réception de la demande de soins palliatifs.

D'autre part, la réponse 24h/7 jours par Info-Santé, l'accessibilité 24h/7 jours des soins infirmiers et médicaux, l'accès à la trousse d'urgence pour la médication et l'accès à l'aide à domicile sont assurés sur l'ensemble du territoire.

Lits pour les soins palliatifs
La cible de un (1) lit par 10 000 personnes, soit 39 lits pour la population lavalloise, est atteinte à 62 %. Il manque encore 15 lits pour compléter l'offre de services.

En 2011-2012, le nombre de lits pour les soins palliatifs reste stable, à savoir 24 lits, dont 12 lits à l'unité de soins palliatifs de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé et 12 lits à la Maison de soins palliatifs de Laval (MSPL). D'octobre 2011 au 31 mars 2012, 197 patients ont été admis dans ces lits, avec une durée moyenne de séjour d'environ 17 jours.

Par ailleurs, au cours de l'année 2011-2012, l'Agence de Laval a offert le soutien nécessaire à la MSPL dans le cadre de la démarche d'agrément. En mars 2012, après l'analyse des 43 conditions, l'Agence de Laval a recommandé au MSSS d'agréer la MSPL jusqu'au 31 mars 2016.

**Perspectives 2012-2013**
Un comité régional de soins palliatifs sera mis en place dans le cadre de la gouverne régionale de lutte contre le cancer afin de coordonner les travaux liés aux soins palliatifs.

**La contribution des organismes communautaires**
L'Agence reconnaît et finance trois organismes qui déploient divers services et activités en relation avec le programme-services Santé physique tels que : accueil, information, recommandation, sensibilisation et éducation, conférences et ateliers thématiques, services de soins palliatifs à domicile, soutien et accompagnement des personnes endeuillées.

Voici le nombre de personnes touchées par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Santé physique | Nb de personnes jointes/ participations |
|---|---|
| **Services en soins palliatifs à domicile**<br>Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal | 263 |
| **Services de soutien et d'accompagnement des endeuillés et des personnes en fin de vie**<br>Lumi-Vie | 183 |
| **Services aux personnes diabétiques et à leurs proches**<br>Association du diabète – Laval, Laurentides M.R.C. des Moulins Inc. | 2 184 |
| **Total clientèle** | **2 630** |

De plus, l'Agence finance une entente de services avec un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- La Maison de soins palliatifs de Laval.

# LA DIRECTION DES AFFAIRES RÉSEAUX

## > MOT DE LA DIRECTRICE PAR INTÉRIM

La Direction des affaires réseau poursuit son travail de mise en œuvre des choix régionaux de la Planification stratégique 2010-2015. À cet égard, l'hébergement demeure un enjeu majeur pour l'ensemble des clientèles et plus de 100 nouvelles places en ressources intermédiaires pour toutes les clientèles confondues ont été ouvertes.

De plus, le comité régional en soutien communautaire – logement social, dont l'Agence fait partie, élabore un cadre de référence afin d'établir une stratégie favorisant le développement de projets et services de logements sociaux dans la région.

Dans le cadre du Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, on a travaillé en étroite collaboration avec le Comité lavallois en abus et violence envers les aînés (CLAVA) afin de mettre en place diverses mesures de ce plan. Toujours dans l'optique d'assurer la qualité des services et le respect des droits des usagers hébergés dans des résidences pour personnes âgées ou dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, la Direction a poursuivi son travail d'inspection, d'évaluation et de suivis des divers milieux de vie.

Le déploiement du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique s'est poursuivi afin de garantir un accès dans les délais prescrits et afin de consolider des mécanismes de suivis et de continuité des services.

La Direction des affaires réseau continue par ailleurs sa collaboration à la coordination du comité de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

La prévention des dépendances constitue aussi un enjeu majeur. Ainsi, on a offert des formations aux intervenants de première ligne afin de les aider à détecter les personnes ayant un problème de toxicomanie ou de jeu. Pour lutter contre tous les phénomènes d'exclusion sociale, la Direction travaille avec des bailleurs de fonds afin de soutenir neuf projets pour intervenir auprès des itinérants ou des personnes à risque d'itinérance.

En ce qui a trait à la santé des femmes, la Direction des affaires réseau a collaboré avec la Conférence régionale des élus (CRÉ) et d'autres partenaires intersectoriels à l'élaboration de l'Entente-Égalité qui vise à dresser un portrait de la situation des femmes vulnérables de la région afin de proposer des projets d'arrimage des services pour mieux répondre à leurs besoins.

La poursuite de l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées reste une priorité. Les orientations ministérielles préconisent la mise en place de moyens efficaces permettant aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps chez elles en compensant leur perte d'autonomie. De même, la mise en œuvre du Plan de services intégrés 2011-2013 favorise le développement de places qui sont une alternative à l'hébergement et des places en récupération fonctionnelle. La Direction a aussi contribué à mettre en place des services de répit en soutien aux proches aidants.

Pour 2012-2013, l'intégration des différents dossiers liés au vieillissement de la population deviendra une priorité. Une attention particulière sera aussi portée aux clientèles vulnérables, clientèles anglophones et provenant de communautés culturelles.

**Nicole Beaudry**
Directrice des affaires réseau par intérim

## L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES DROITS DES USAGERS

### Les dossiers qualité

En décembre 2002, le projet de loi no 113 concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux a été adopté, donnant suite à plusieurs des recommandations du rapport Francoeur. Ce projet de loi prône la prestation sécuritaire des soins et des services et vise la prévention des événements indésirables en milieu de soins. Au cours de l'année, tous les établissements ont procédé au transfert de leurs données sur l'application informatique SISSS (Système d'information sur la sécurité des soins et des services) et ont pris en charge la saisie de leurs données dans leur registre local. Le technocentre régional a assuré le soutien technique et l'accompagnement des établissements dans cette démarche.

Une rencontre des gestionnaires de risques et de la qualité des établissements de Laval a eu lieu le 6 décembre à l'occasion de la publication par le MSSS du premier rapport semestriel du Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé (RNIASSS). Les données saisies dans ce premier rapport portent sur les incidents et accidents survenus entre le 1er avril et le 30 septembre 2011, déclarés et saisis avant le 20 octobre 2011. Les analyses de ce rapport montrent que les événements survenus dans les établissements de la région de Laval touchaient particulièrement, en ordre décroissant, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres hospitaliers (CH), le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Normand-Laramée, les CLSC et le Centre jeunesse de Laval (CJL). Les types d'événements les plus fréquemment déclarés sont les chutes, les erreurs de médication, ainsi que les actes d'abus, d'agression et de harcèlement.

Chaque année, les comités de gestion des risques et de la qualité procèdent à l'analyse des incidents et accidents et des événements sentinelles afin d'en prévenir la récurrence et de mettre en place des mesures de prévention, de surveillance et de contrôle.

### Coroner ou décès évitables

Cette année, l'Agence de Laval a reçu cinq rapports du coroner comprenant des recommandations en regard des décès survenus au centre hospitalier, en ressource d'hébergement et dans une résidence pour aînés. Des suivis sont maintenus auprès des services de santé concernés pour assurer la mise en place de mesures préventives recommandées par le Bureau du coroner.

### Agrément

Tous les établissements de la région ont obtenu leur agrément ou sont actuellement engagés dans un processus d'agrémentation continu conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)*. Un suivi est assuré auprès des établissements dans ce dossier.

### Comité des usagers et comité de résidents

On a offert des services de soutien et de consultation à quelques comités d'usagers durant l'année. Deux séminaires ont été organisés en septembre et en décembre 2011 pour informer, soutenir et accompagner les comités d'usagers et de résidents dans la réalisation de leurs fonctions. Ces activités favorisent l'information, les échanges et le partage d'expériences entre pairs. Les thèmes de ces rencontres régionales ont porté sur la planification budgétaire des comités d'usagers et de résidents et sur le concept de la gestion des risques.

Le colloque régional annuel, sur le thème de *L'usager, partenaire des soins*, s'est tenu le 23 mars 2012 et s'adressait à tous les membres des comités d'usagers et de résidents de l'ensemble du territoire de Laval. Cinq conférenciers ont été invités à présenter les diverses approches et expériences de partenariat. Parmi eux se trouvaient des intervenants marquant l'actualité, dont les chargés de projet de l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, des conseillers en milieu de vie ainsi que la représentante du Bureau de l'expertise patient partenaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Cette journée d'information a été des plus appréciées par les participants auxquels elle

a permis de mieux comprendre les degrés de participation et d'engagement des usagers dans la prise en charge de leurs soins.

**Les visites d'appréciation dans les CHSLD**
Depuis 2004, tous les CHSLD du territoire ont fait l'objet d'une visite d'appréciation de la qualité par une équipe ministérielle mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un bilan du suivi des recommandations a été effectué pour l'ensemble des établissements et installations visités au cours des années précédentes. En 2011-2012, 11 installations de type CHSLD et 2 du réseau RI-RTF (santé mentale et PALV) ont été évaluées. Des rencontres de suivi des recommandations ont été effectuées, trois établissements et une installation du CSSS de Laval avaient mené à bien l'ensemble de leur plan d'amélioration, le CHSLD Idola Saint-Jean, le Centre d'hébergement de la Rive, et les résidences Villa-les-Tilleuls et Villa Val-des-Arbres. Dans tous les cas, les objectifs ont été atteints et les recommandations ont été suivies.

Sept établissements sont demeurés en suivi au cours de l'année 2011-2012. Le portrait régional actuel montre que 78 % des recommandations ont été appliquées, que 20 % sont en cours de réalisation et que 2 % sont encore à venir.

Les principales actions à terminer pour concrétiser 100 % des recommandations sont la formation du personnel, la finalisation des projets de rénovation fonctionnelle et technique ainsi que l'embauche de personnel en loisirs ou récréologie.

Le 26 janvier 2012, un établissement pour lequel un plan d'amélioration a été déposé en avril 2011 à l'Agence de Laval a reçu la visite impromptue de représentants ministériels d'appréciation de la qualité.

Dans la foulée de la nouvelle procédure de suivi du plan d'amélioration, consécutive à une visite d'appréciation de la qualité recommandée par le MSSS, l'Agence a poursuivi son mécanisme de suivi déjà bien établi auprès des principaux intervenants concernés par l'approche milieu de vie et auprès des membres des comités de résidents des installations de soins de longue durée et des membres de comité des usagers du CSSS de Laval et des centres de réadaptation.

**Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les aînés 2010-2015**
Pour mettre un frein à la maltraitance, le gouvernement québécois a mis en œuvre, en juin 2010, le Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Une série de mesures ont été ainsi mises en place, notamment la nomination de coordonnateurs spécialisés en maltraitance dans toutes les régions du Québec. Dans ce cadre, une coordination régionale a été désignée à Laval avec le soutien du Comité lavallois en abus et violence envers les aînés (CLAVA). Un plan d'action régional ainsi qu'un inventaire des ressources et des services seront planifiés au cours de l'année 2012-2013.

**Perspective 2012-2013**
À la suite de la recommandation du MSSS de procéder à l'embauche d'un professionnel dédié à la fonction d'évaluateur et de suivi de visites d'appréciation de la qualité, la Direction des affaires réseau a lancé un processus de recrutement.

**Programme d'amélioration de l'alimentation en CHSLD**
L'Agence a poursuivi la mise en application du programme d'amélioration de l'alimentation en CHSLD qui vise à soutenir les compétences du personnel concerné, à favoriser le partage de meilleures pratiques et à améliorer la connaissance des besoins de la clientèle gériatrique en mobilisant les principaux intervenants du territoire autour du programme. Ces actions faisaient suite à la consultation publique sur les conditions des aînés, aux visites d'appréciation de la qualité dans lesquelles l'alimentation avait fait l'objet de recommandations et d'amélioration au regard du cadre de référence pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées « Miser sur une saine alimentation : une question de qualité ». De plus, 10 initiatives locales proposées par les établissements ont été approuvées par l'Agence. Ces projets cherchent à répondre aux besoins spécifiques des différentes clientèles en respectant leurs goûts et

leurs habitudes alimentaires tout en augmentant la valeur nutritive des aliments offerts.

**La certification des résidences pour personnes âgées (RPA)**

Le dossier de la certification des résidences a continué d'évoluer. Signalons que l'Agence a maintenu son partenariat dans ce domaine avec les agences des régions de Lanaudière et des Laurentides grâce à un bureau de coordination suprarégionale du processus de certification.

**Tableau 12. État de la situation au 31 mars 2012**

| Région | Nombre de RPA inscrites au registre du MSSS | | Nombre de résidences certifiées | | Pourcentage atteint | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Avril 2011 | Mars 2012 | Avril 2011 | Mars 2012* | Avril 2011 | Mars 2012 |
| Laval | 61 | 56 | 33 | 27 | 53 | 48 |

* Y compris les résidences qui ont obtenu leur deuxième certificat de conformité : Laval 2

De plus, il faut souligner la réalisation des activités suivantes :

- Dix-neuf résidences ont entrepris un processus de renouvellement de leur certificat de conformité ;
- Soutien technique et accompagnement individualisé aux exploitants dans leurs démarches en vue du respect de l'ensemble des normes de certification ;
- Rencontres d'échanges et d'information avec les partenaires pour revoir la réglementation et les critères de conformité ;
- Collaboration avec le Curateur public ;
- Rencontres avec les services de la Ville de Laval (Service d'incendie, Urgences sociales, Service d'urbanisme et Développement communautaire) et le CSSS de Laval afin de développer une collaboration pour assurer et maintenir la certification des résidences pour personnes âgées ;
- Intensification du plan d'action avec le Service d'incendie de la Ville de Laval dans le but de procéder à la certification des résidences non certifiées avant le 30 novembre 2011 ;
- Collaboration à la production de plusieurs guides et outils de support au maintien des normes de certification ;
- Envoi de bulletins d'information « Info-certification » à l'ensemble des exploitants ;
- Maintien d'une Table de suivi mensuel composée de représentants du CSSS de Laval, du Regroupement lavallois des chambres et pensions et de l'Agence et du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services afin d'harmoniser les interventions. Cet organe sert à planifier la mise en place des mesures et à effectuer un suivi de la certification des résidences privées pour personnes âgées ;
- Intervention dans trois résidences pour aînés, en collaboration avec les services d'urgences sociales de la Ville de Laval, du Curateur public et du commissaire régional aux plaintes et à la qualité en raison de situations jugées inappropriées et nécessitant une relocalisation des personnes.

**Perspective 2012-2013**
À la suite de la recommandation du MSSS de procéder à l'embauche d'un professionnel dédié à la fonction d'inspecteur et de suivi de visites d'appréciation de la qualité, la Direction des affaires réseau poursuivra son processus de recrutement.

**La certification des ressources d'hébergement en toxicomanie ou jeu pathologique**

- Mise en place du processus de certification des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique ;
- Séances d'information interrégionales avec les ressources et les partenaires ;
- Vérification des antécédents judiciaires de tous les membres du conseil d'administration et de tous les directeurs de ces ressources.

| Région | Nombre total de ressources | Certification volontaire | Demande de renouvellement | Nouvelles demandes |
|---|---|---|---|---|
| Laval | 2 | 2 | 2 | 0 |

**Le Comité de vigilance et de la qualité**
Le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à cinq reprises en 2011 2012. Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services y a chaque fois présenté un rapport sur les plaintes déposées et traitées ainsi que sur les interventions effectuées. On y donne également de l'information sur des dossiers qualité, notamment les visites d'appréciation dans les milieux d'hébergement, la certification des résidences pour personnes âgées, la gestion des risques, les droits des usagers et le projet en éthique clinique, sur l'actualité ainsi que sur certains projets de loi en lien avec la mission du comité.

**L'examen des plaintes par le commissaire régional**

• Échelle régionale
L'année 2011-2012 est marquée par une augmentation du nombre de dossiers de plaintes et d'interventions reçus à l'échelle régionale. Le nombre est passé de 53 à 64 dossiers, ce qui représente une augmentation de 20 %. Ces dossiers concernaient des résidences pour personnes âgées dans 66 % des cas. Le commissaire régional a porté assistance à 270 reprises, que ce soit pour la formulation d'une plainte ou pour l'obtention d'un soin ou d'un service. Cette augmentation se chiffre à 275 % par rapport à l'année précédente. Les demandes de consultation ont été au nombre de 74 et 27 activités en lien avec les autres fonctions du commissaire ont été réalisées.

• Échelle locale
Durant l'exercice 2011-2012, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que les médecins examinateurs, ont reçu 446 nouveaux dossiers de plaintes. De ces 446 dossiers, il y en a eu 14 qui ont fait l'objet d'une demande d'analyse au second palier, soit celui du protecteur du citoyen ou du comité de révision. Les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services ont utilisé leur pouvoir d'intervention à 38 reprises. Il y a eu également 941 demandes d'assistance qui ont été répondues au cours de l'année ainsi que 116 consultations. Parmi leurs autres fonctions, les commissaires ont participé à 219 activités en lien avec la promotion du régime des plaintes, le support au comité d'usagers, des présentations aux conseils d'administration et des activités en lien avec l'évolution du régime d'examen des plaintes et de la qualité des services de leur établissement.

## LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

### SERVICE INFO-SANTÉ

Info-Santé est un service de consultation téléphonique professionnelle accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il répond aux besoins d'information, de recommandation-orientation, d'avis professionnels et de conseils en matière de santé et de services sociaux. Le service Info Santé permet de s'adresser à un professionnel de la santé en cas de problème non urgent.

En 2011-2012, la centrale Info-Santé de Laval a répondu à 107 738 appels. Grâce à la virtualisation du service, 54 % des appels traités provenaient d'autres régions. Toutefois, l'ensemble des services régionaux Info-Santé et Info-Social (SRISIS) a répondu à 49 849 appels en provenance de la région lavalloise.

Info-Santé Web permet l'inscription de la clientèle ayant besoin de services continus en tout temps. Les cliniques médicales et les services de soutien à domicile ont enregistré 1 354 inscriptions d'usagers entre le 1er avril 2011 et le 31 mars 2012.

### RÉPERTOIRE DES RESSOURCES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

#### Orientations ministérielles

Le Répertoire des ressources en santé et services sociaux est un outil de référencement comprenant des informations sur les ressources en santé et services sociaux de chacune des régions du Québec. Il répond aux orientations visant la virtualisation des appels téléphoniques et le déploiement provincial du numéro unique 811 (ligne Info-Santé).

Le MSSS exige que cet outil soit utilisé par tous les centres de santé et de services sociaux ainsi que par toutes les centrales Info-Santé et Info-Social.

L'Agence est responsable de l'assurance de la qualité des données. À cet effet, un responsable coordonnant les travaux de mise à jour de l'actif régional a été nommé. Il doit s'assurer d'uniformiser l'utilisation du Répertoire des ressources en santé et services sociaux dans la région.

#### Objectifs

- Fournir une information de qualité à toute personne qui cherche une information uniforme et de qualité sur les ressources biopsychosociales couvrant toutes les régions du Québec ;
- Permettre aux intervenants l'accès à un maximum d'information en évitant la redondance de saisie et faciliter l'interopérabilité des systèmes.

#### Réalisations

Au cours de l'année, l'Agence a poursuivi les travaux de mise à jour et d'assurance de la qualité des données dans les délais demandés.

#### Perspective 2012-2013

L'Agence prévoit la mise en œuvre des activités suivantes :

- Soutenir les responsables des mises à jour ;
- Faire la promotion, auprès des intervenants, des avantages de l'utilisation de cet outil dans leur pratique quotidienne ;
- Assigner, en juin 2012, la responsabilité des mises à jour aux directions de l'Agence afin d'optimiser la qualité des informations et leur disponibilité ;
- Atteindre l'objectif ministériel de diffusion du Répertoire auprès du grand public.

### LA VIOLENCE CONJUGALE ET LES AGRESSIONS SEXUELLES

#### Priorités ministérielles

- La mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle.

- La mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, reconduit pour 2009-2011.

**Réalisations**
Dans le contexte de la mise en œuvre de ces deux plans d'action ministériels, l'Agence a financé trois projets dans la région pour un montant total de 50 319 $. Ces projets visent à :

- former des intervenants et développer une expertise de l'intervention auprès des enfants ayant subi un abus sexuel ;
- développer un outil d'intervention pour les enfants ainsi qu'un guide d'accompagnement pour les parents ;
- organiser une demi-journée de colloque pour sensibiliser les intervenants et développer davantage la concertation entre les partenaires travaillant sur les agressions à caractère sexuel ;
- réaliser un présentoir et réimprimer le guide des procédures de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

L'Agence a poursuivi sa collaboration à la coordination du comité de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. On a également poursuivi le travail d'élaboration de la trajectoire des services sociojuridiques.

**Perspectives 2012-2013**
L'Agence procédera à un nouvel appel de projets pour poursuivre la mise en œuvre des deux plans d'action ministériels.

L'Agence maintiendra son engagement dans la coordination du comité de l'Entente multisectorielle :

- par la diffusion de la trajectoire de services ;
- par la mise en place d'une liste des responsables désignés dans chacun des établissements impliqués dans l'Entente.

**La contribution des organismes communautaires**
L'Agence reconnaît et finance 13 organismes qui déploient des services et des activités en relation avec le programme-services Services généraux, tels que : accueil, écoute, information, recommandation, sensibilisation et éducation, soutien et accompagnement, ateliers, hébergement, groupes d'appartenance, milieux de vie et concertation. Le tableau suivant montre le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe de ces organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Services généraux | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services des centres de femmes** | | |
| Centre des femmes de Laval<br>Centre des femmes dynamiques de Laval | 9 982 | |
| **Services d'hébergement pour femmes violentées** | | |
| Maison de Lina<br>Maison l'Esther<br>Maison le Prélude | 3 680 | |
| **Services pour femmes violentées** | | |
| Bouclier d'Athéna | 1 303 | |
| **Services auprès des conjoints violents** | | |
| CHOC – Carrefour d'hommes en changement | 590 | |

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Services généraux | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services de prévention des agressions à caractère sexuel et d'interventions auprès des victimes**<br>Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) | 254 | |
| **Services pour hommes agresseurs sexuels**<br>Centre d'intervention en délinquance sexuelle | 137 | |
| **Services d'écoute téléphonique**<br>Centre d'écoute de Laval | | 5 135 appels traités |
| **Services du centre d'action bénévole**<br>Centre de bénévolat de Laval | 30 000 | |
| **Services de soutien et de milieu de vie pour une communauté culturelle**<br>Centre communautaire « Le Coumbite » de Laval | 1 253 | |
| **Regroupement régional d'organismes communautaires**<br>Corporation de développement communautaire de Laval | 600 | |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **47 799** | **5 135** |

De plus, l'Agence finance un projet ponctuel d'un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :
- Centre communautaire Petit Espoir.

L'Agence finance aussi des ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :
- Office municipal d'habitation de Laval (soutien communautaire – Place Saint-Martin) ;
- Fédération lavalloise des organismes sans but lucratif d'habitation ;
- Habitations populaires Vincent-Massey Inc. ;
- Les Habitations Saint-Christophe.

## LE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL

### Priorités ministérielles

Mise en œuvre du cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social

Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation (2007).

### Réalisations

En 2011-2012, le Comité régional de soutien communautaire en logement social, piloté par l'Agence de Laval, s'est réuni pour finaliser les travaux d'élaboration d'un cadre de référence en soutien communautaire en logement social pour la région et pour établir une stratégie favorisant le développement de ces services dans la région.

### Perspectives 2012-2013

Le comité terminera ses travaux sur le cadre de référence et fera adopter ce dernier par le conseil d'administration de l'Agence. Par la suite, il approchera les partenaires du milieu du logement social afin de susciter le développement de projets de logements sociaux avec soutien communautaire.

## LE PROGRAMME DÉPENDANCES

**Priorités ministérielles**
La mise en œuvre des plans d'action gouvernementaux en dépendances :

- Unis dans l'action : orientations relatives aux normes d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, programme-services Dépendances, offre de service 2007-2012 ;
- Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 ;
- Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 ;
- Accord Canada-Québec sur le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie ;
- Stratégie d'Action Jeunesse 2009-2014 ;
- Plan gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005.

**Réalisations**
Plusieurs projets ont vu le jour ou ont pu être poursuivis grâce aux mesures suivantes :

- Mise sur pied d'un programme de réinsertion sociale de trois mois ou plus afin de permettre à des gens qui ont travaillé sur leur dépendance de prendre le temps d'acquérir des habiletés sociales, économiques et psychoaffectives ;
- Offre d'un service d'hébergement en réinsertion sociale pour des jeunes ayant des troubles graves de comportement et une dépendance aux drogues et à l'alcool ;
- Élargissement de l'offre de service de l'équipe Itinérance du CSSS de Laval afin de s'ajuster aux besoins émergents et de développer des moyens pour mieux atteindre la clientèle des jeunes adultes ;
- Amélioration des services spécialisés en dépendance du Centre jeunesse de Laval ;
- Poursuite du projet d'intervention familiale pour les jeunes enfants de 6 à 12 ans dont un des parents présente une dépendance par le Centre de réadaptation en dépendance Laval (anciennement Le Maillon) ;
- Mise sur pied d'un service de réadaptation pour joueurs pathologiques ;
- Mise sur pied d'un programme de réinsertion de trois à six mois pour les joueurs pathologiques.

**Prévention des dépendances : priorité à la première ligne**
L'Agence, dans le cadre du travail de la Direction de santé publique (DSP), soutient activement les intervenants de première ligne au CSSS de Laval, lesquels ont pour mandat de détecter les personnes qui ont un problème de dépendance, de les orienter vers des services appropriés et d'intervenir précocement afin de prévenir l'aggravation de la situation chez les personnes à risque de développer un problème de dépendance. Le déploiement de la formation des intervenants de première ligne s'est poursuivi alors qu'une formation en entretien motivationnel est en cours d'élaboration. Parallèlement, les activités de surveillance de l'offre de jeux de hasard et d'argent ont été maintenues par le biais de la participation au comité interrégional de suivi de l'offre de jeux de hasard.

**Perspectives 2012-2013**
Compte tenu des priorités ministérielles, les sept projets précédemment cités devraient se poursuivre durant l'année à venir. La poursuite de la formation des intervenants de première ligne demeure une priorité. De plus, le déploiement de la formation en entretien motivationnel devrait s'amorcer dans le courant de l'année 2012-2013.

## LE PROGRAMME ITINÉRANCE

**Priorités ministérielles**
- La mise en œuvre du Plan d'action inter ministériel en itinérance 2010-2013.
- Le plan communautaire en itinérance 2011-2012 pour Laval.

**Réalisations**
Une réalisation majeure pour la région est l'ouverture de L'Aviron. Il s'agit d'une ressource d'hébergement pour femmes et hommes en situation ou à risque d'itinérance. Cette ressource offre 18 lits pour l'hébergement à court et à moyen terme et l'hébergement de transition.

Dans le cadre de l'Entente Canada-Québec, l'Agence a poursuivi son travail d'actualisation du programme Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance 2011-2014 (SPLI). L'Agence a piloté le comité d'analyse qui a recommandé le financement de neuf projets. De plus, l'Agence a diffusé le plan communautaire en itinérance 2011-2014 pour Laval.

**Perspectives 2012-2013**
Au cours du mois de juin 2012, la ressource L'Aviron mettra à la disposition de la population 12 nouveaux logements.

L'Agence procédera à la mise en œuvre du plan communautaire en itinérance de façon à répondre aux besoins de la clientèle. De plus, le comité d'analyse de projets dans le cadre de la SPLI 2011-2014 poursuivra ses travaux de recommandations de projets à des fins de financement.

## LE PROGRAMME SANTÉ DES FEMMES

**Priorités ministérielles**
- Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013.

**Réalisations 2011-2012**
L'Agence a participé au comité Entente-Égalité de la CRÉ de Laval afin de collaborer à l'élaboration de cette entente.

**Perspective 2012-2013**
L'Agence prévoit de conclure des partenariats pour la réalisation d'un des projets de cette entente concernant la santé des femmes. L'objectif est de dresser un portrait des femmes vulnérables qui vivent des problématiques multiples, de leurs besoins et des arrimages à faire entre les services pour mieux y répondre.

## LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE

**Priorités ministérielles**
- Le virage vers la première ligne.
- L'accès aux services de santé mentale.
- Le changement des pratiques en favorisant les modèles de soins partagés.
- Le soutien dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles graves de santé mentale (suivi intensif dans le milieu – soutien d'intensité variable (SIM-SIV), soutien au logement, soutien au travail ou aux études).
- La lutte contre le suicide.

**Réalisations**
L'Agence a soutenu le développement de cinq nouvelles places en ressources-intermédiaires par la Direction santé mentale adulte (DSMA) du CSSS de Laval en octroyant une allocation de 241 000 $. De plus, des démarches pour le rapatriement des RNI sur le territoire de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) se sont concrétisées.

Enfin, l'Agence a de nouveau soutenu financièrement l'acquisition de la formation pour les pairs-aidants destinées aux personnes utilisatrices de services en santé mentale dans notre région.

**La contribution des organismes communautaires**
L'Agence reconnaît et finance huit organismes qui déploient des services et des activités en relation avec le programme-services Santé mentale tels que : accueil, écoute, recommandation, sensibilisation et information, soutien et accompagnement, formations thématiques et activités d'employabilité, activités sociales, culturelles, sportives et de loisir, groupes de discussion et d'entraide, cuisines collectives, soutien et accompagnement en défense des droits, soutien et répit aux membres de l'entourage, suivi communautaire et soutien à la vie en appartement.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Santé mentale | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services des centres de femmes**<br>Des services de soutien et un milieu de vie pour la clientèle souffrant de troubles de santé mentale<br>Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval<br>Association IRIS<br>Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale<br>CAFGRAF - Groupe d'entraide en santé mentale de Laval<br>Ressource ATP groupe de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique | 3 342 | |
| **Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale**<br>L'En-Droit de Laval | 1 255 | |
| **Services de soutien aux membres de l'entourage**<br>Association lavalloise de parents pour le bien-être mental Inc. | 2 974 | |
| **Groupes psychoéducatifs et services professionnels de psychothérapie**<br>Service populaire de psychothérapie | 435 | |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **8 006** | |

De plus, l'Agence finance une entente de services avec un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- L'Îlot, Service régional de crise de Laval.

**Perspectives 2012-2013**

L'Agence de Laval poursuivra ses efforts pour que les retombées financières de l'Entente entre les deux agences (Montréal et Laval) et les deux établissements (CSSS de Laval et HSCM) se concrétisent en 2012-2013 au profit du développement de la première ligne.

La surveillance des cibles pour les services de première ligne, de suivi intensif et de suivi d'intensité variable sera encore une priorité de même que les délais d'attente de 30 et 60 jours.

## > LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

**Priorités ministérielles**

- Le Plan de services intégrés pour les personnes âgées 2011-2013
- L'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)
- L'Approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier de courte durée

• La Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » (2004)

**Réalisations**

• Le déploiement du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Globalement, le déploiement du RSIPA inclut les composantes suivantes : un guichet unique, une évaluation des besoins, des gestionnaires de cas, un système d'information, le suivi des clientèles à risque et en perte d'autonomie légère et modérée par le service d'intervention préventive (SIP). En 2011-2012, les résultats obtenus par le CSSS de Laval avec l'outil de suivi de l'implantation (OSI-RSIPA) indiquent que le déploiement de ces composantes est de 67,69 %. Rappelons que, selon les hypothèses reconnues, l'impact sur la population ne se fait sentir qu'à partir d'un déploiement à 70 %. Les résultats de cette année sont légèrement inférieurs à la cible de 68,05 %. Trois changements peuvent expliquer la difficulté du CSSS de Laval à déployer davantage son réseau de services intégrés : les changements liés aux nouveaux critères d'accès aux programmes destinés aux personnes âgées, les changements liés aux attentes pour l'optimisation du soutien à domicile et les changements liés au déploiement de la solution informatique RSIPA.

En effet, le plan régional de déploiement de la solution informatique RSIPA a été mis en œuvre au CSSS de Laval dans les délais prévus, soit avant le 30 décembre 2011. Un financement de 535 606 $ a permis de former 410 utilisateurs à la direction PPALV. Le repérage des personnes à risque de perte d'autonomie de même que l'évaluation globale des besoins pourront ainsi passer du traitement sur papier au traitement informatisé. Cela facilitera la circulation de l'information en temps réel au sein du CSSS de Laval et permettra d'établir des profils des besoins des usagers.

• Le soutien à domicile

Les orientations de la politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix » sont maintenues. Les équipes de soutien à domicile à long terme ont réussi à fournir des services à 9 082 personnes en perte d'autonomie, soit une augmentation de 230 personnes par rapport à l'année précédente. Chaque usager a bénéficiéde 38,98 interventions en moyenne, comparativement à 33,75 interventions par usager l'an dernier.

La population a reçu un total de 388 239 heures de services directs à domicile à long terme. Cela représente une augmentation de 29 423 heures directes par rapport à l'année précédente. Cela s'explique par les efforts d'optimisation et un investissement de 1 203 601 $ pour de nouveaux services.

L'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) a permis le retour à domicile à 57,7 % des personnes âgées qui y ont été admises, comparativement à 55,2 % l'année précédente. L'unité transitoire accueillant aussi une clientèle sans prise en charge, en attente de réadaptation fonctionnelle intensive à l'Hôpital juif de réadaptation. Puisque cette clientèle, représentant un pourcentage de 13,1 %, retourne majoritairement à domicile, le programme de récupération fonctionnelle obtient donc 70 % de retour à domicile.

• Les services de répit aux proches aidants

L'Agence a continué de subventionner six projets de répit en soutien aux proches aidants, soit deux projets de halte-répit dans des organismes communautaires, deux projets de répit à domicile (courte et longue durée), de même que des places d'hébergement temporaire dans des projets novateurs. Les proches aidants de la région ont pu bénéficier de 89 532 heures de répit pour 318 personnes durant l'année 2011-2012, soit une augmentation de 4 180 heures par comparaison à l'an passé pour environ le même nombre de personnes.

De plus, dans le cadre du développement des services à domicile, 66 750 $ supplémentaires ont été investis dans les projets de répit à domicile pour les proches aidants. Cela a permis d'offrir 3 040 heures de répit à domicile supplémentaires réparties entre 50 personnes durant les trois derniers mois de l'année financière. Cela a aussi permis d'offrir plus de services et de faire diminuer le délai d'attente pour les services de répit à domicile.

Finalement, L'APPUI pour les proches aidants de Laval, un carrefour de soutien aux proches aidants, a été mis sur pied avec la collaboration de L'APPUI national, des organismes

communautaires, du CSSS, de l'Agence et de la Conférence régionale des Élus (CRÉ) de Laval. Le ministère de la Famille et des Aînés de même que le fonds de soutien aux proches aidants soutiennent cette initiative. L'Agence a collaboré aux travaux du *Portrait-diagnostic des services aux proches aidants d'aînés à Laval.*

• L'approche adaptée aux personnes âgées en centre hospitalier de courte durée

L'approche adaptée vise à prévenir le déclin fonctionnel lié à une hospitalisation. Un outil clinique fondé sur l'acronyme « AINEES[4] » permet d'ajuster les interventions selon la vulnérabilité de la personne âgée à l'hôpital : interventions préventives systématiques, spécifiques ou spécialisées.

En 2011-2012, nous avons continué à déployer les quatre préalables de l'approche adaptée. Le programme de mobilité a été implanté avec succès dans 13 des 15 unités de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, incluant les urgences.

Un diagnostic organisationnel a été dressé pour cibler les actions prioritaires de cette transformation qui vise un changement de culture et une adaptation des pratiques de soins aux caractéristiques des personnes âgées.

• Les services d'hébergement en 2011-2012

Depuis l'année précédente, la moyenne régionale pour les soins infirmiers et d'assistance de même que celle des services professionnels en CHSLD ont diminué. En effet, les CHSLD ont dispensé un nombre moyen de 2,98 heures de soins infirmiers et d'assistance par jour-présence usager et de 0,21 heure de services professionnels. Ainsi, les objectifs sont atteints à 99 % pour les soins infirmiers et d'assistance et à 91 % pour les services professionnels en CHSLD.

En ce qui a trait au nombre de personnes âgées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé, en fin d'année, il y avait :

- 28,5 personnes en attente d'évaluation et d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers ;
- 3,4 personnes en attente de soins palliatifs ;
- 6,8 personnes en attente de convalescence ;
- 12,3 personnes en attente de CHSLD ;
- 7,9 personnes en attente de ressources non institutionnelles (RNI).

Le Plan régional de services intégrés pour les personnes âgées a permis, dès 2011-2012, de consolider des places en ressources intermédiaires (RI) et d'ouvrir de nouvelles places en CHSLD. Au 31 mars 2012, 100 places RI ont été consolidées financièrement pour la clientèle âgée de la région, grâce à un investissement de 4 197 503 $. Pour ce qui est des ententes de services en CHSLD, 50 places supplémentaires ont été consolidées, pour un total de 107 places.

Toutefois, le financement de ces places sera assuré une fois que le Ministère aura approuvé le plan détaillé des dépenses engagées par l'Agence. Le détail des dépenses a été transmis au Ministère le 15 avril 2012. De plus, l'Agence travaille à la création de 10 places en CHSLD par la libération de 10 % de la clientèle de moins de 65 ans déjà hébergée en CHSLD. Un premier sondage auprès des CHSLD lavallois a permis de connaître le nombre et le profil des personnes de moins de 65 ans hébergées en CHSLD. À partir de ces données, il sera possible de connaître le potentiel de relocalisation et d'amorcer en 2012-2013 la création d'une nouvelle ressource de 10 places.

**Rapatriement de la clientèle âgée en fin de soins actifs dans une autre région**

En 2011-2012, il y a eu 223 demandes de rapatriement provenant principalement de la région de Montréal. De plus, 11 personnes ont été placées dans un CHSLD public hors région. Cette année, la région de Laval a réussi à rapatrier la majorité des personnes âgées qui se trouvaient en fin de soins actifs dans la région des Laurentides. Au 31 mars

[4] AINEES : Ces outils font référence à six prédicateurs du déclin fonctionnel, soit : Autonomie et mobilité, Intégrité de la peau, Nutrition/hydratation, Élimination, État cognitif et comportement, Sommeil.

2012, il ne restait qu'une seule personne non rapatriée dans cette région, mais elle souhaitait toutefois y demeurer. Un état de la situation sur la clientèle lavalloise en attente de rapatriement dans la région de Montréal est en cours. Il permettra l'élaboration d'un plan d'action en vue d'assurer le rapatriement et la prise en charge de la clientèle lavalloise.

**Taux de déclaration d'hébergement à partir du CH**

Le centre hospitalier de la Cité-de-la-Santé a un taux de déclaration d'hébergement de 5,69 % pour les personnes de 75 ans et plus, alors que la cible est de 4,99 %. Cela reflète les efforts de la région pour concrétiser les orientations de « *Chez soi : le premier choix* ».

**Contribution des organismes communautaires**

L'Agence reconnaît et finance 16 organismes qui contribuent au maintien à domicile, au soutien et à l'intégration sociale des personnes et qui déploient des services et des activités en relation avec le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement tels que : accueil, écoute, recommandation, accompagnement, repas à domicile (popotes roulantes), transport et accompagnement médical, téléphones et visites d'amitié, activités collectives (sociales, culturelles, sportives et récréatives), groupes d'échange et d'entraide, cuisines collectives, formation et bénévolat, soutien et répit aux proches aidants, soutien et accompagnement des aînés victimes d'abus, de violence et de négligence.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services d'aide et entraide de quartier offrant des services de repas à domicile (popotes roulantes), d'accompagnement, de transport médical, de visites et de téléphones de sécurité pour la clientèle en perte d'autonomie** | | |
| Bonjour aujourd'hui et après Inc. | | |
| Centre de bénévolat de Laval Inc. | | |
| Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot | | |
| Groupe d'entraide La Rosée | | |
| Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil | | |
| Centre S.C.A.M.A.* | 3 312 | |
| **Centres communautaires pour aînés** | | |
| Association pour aînés résidant à Laval | | |
| Centre communautaire le Rendez-vous des aînés Laval Inc. | | |
| Comité d'animation du troisième âge de Laval | | |
| Centre S.C.A.M.A | 4 190 | |
| **Organisme régional offrant une programmation diversifiée d'activités sportives, culturelles et sociales** | | |
| Place des aînés de Laval | | |
| (**) personnes par semaine | 2 800 (**) | |

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services de soutien et d'accompagnement des aînés victimes d'abus, de violence et de négligence**<br>Dira Laval Inc. | 10 376 | |
| **Services de soutien des personnes aidantes**<br>Association lavalloise des personnes aidantes | 2 683 | |
| **Services-programmation d'animation-loisirs adaptés aux besoins des résidents en établissement et en résidences privées**<br>Partage humanitaire | 900 | |
| **Services d'accompagnement et de répit**<br>Baluchon Alzheimer | 5 | |
| **Services de soutien aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et à leurs proches**<br>Société Alzheimer Laval | 1 841 | |
| **Services regroupant les 10 popotes roulantes de Laval**<br>Association des popotes roulantes de Laval | | |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **26 107** | |

* Le Centre S.C.A.M.A. a une double mission de centre communautaire et de centre d'entraide de quartier. Il est donc comptabilisé à deux endroits.

De plus, l'Agence finance des ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Réseau FADOQ (anciennement Fédération de l'Âge d'Or du Québec) ;
- La Maison du Marigot ;
- Regroupement lavallois des chambres et pensions pour personnes âgées.

### Perspectives 2012-2013

L'hébergement étant un enjeu majeur dans la région de Laval, des efforts seront déployés pour la mise en œuvre de projets d'alternatives à l'hébergement. Ainsi, l'Agence poursuit la mise en œuvre du Plan de services intégrés 2011-2013 par le développement de places alternatives à l'hébergement et de places en récupération fonctionnelle. À l'automne 2012, la planification prévoit l'ajout de :

- 25 places UTRF aux 50 places déjà existantes ;
- 10 places en RI pour une clientèle de moins de 65 ans ;
- 10 places pour la clientèle multiproblématique ;
- 16 places en projets novateurs.

La poursuite de l'implantation du RSIPA demeure une priorité jusqu'en 2015. Elle inclut le déploiement de la solution informatique RSIPA qui se poursuivra dans les autres équipes de soutien à domicile pour les personnes âgées. De plus, ce réseau permettra d'établir des rapports de gestion centrés sur les besoins de la clientèle.

L'Agence poursuit l'implantation de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé en ciblant les actions prioritaires.

La région de Laval continuera de mettre en place des moyens efficaces pour permettre aux personnes de demeurer le plus longtemps possible chez elles en compensant leur perte d'autonomie, et ce, grâce à une augmentation du nombre d'heures de services à domicile et au développement de nouvelles places en récupération fonctionnelle à la suite d'une hospitalisation.

Le Ministère a annoncé un financement de 14 626 898 $ en 2012-2013, soit 3 041 898 $ en soutien à domicile et 11 585 000 $ pour actualiser le développement prévu des projets de solutions de rechange à l'hébergement institutionnel et des places de récupération fonctionnelle.

L'arrivée de la politique « *Vieillir et vivre ensemble, chez soi dans sa communauté, au Québec* », une collaboration interministérielle, sera également une priorité d'actualisation dans la région. Cette politique permettra de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

## > LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

**Priorités ministérielles**

- Le développement des services de première ligne, notamment ceux s'adressant aux jeunes dont le signalement n'est pas retenu en protection ;
- La diminution de la charge de cas et l'augmentation de l'intensité des services de deuxième ligne dispensés par les centres jeunesse ;
- La mise en place complète des mesures de l'offre de service gouvernementale 2007-2012 (reconduite jusqu'en 2015), incluant un Programme Négligence implanté avant 2015 et reconnu pour son efficacité.

**Réalisations**

- Embauche d'une chargée de projets par le Centre jeunesse de Laval (CJL) et le CSSS de Laval pour l'implantation d'un Programme Négligence à Laval (Horizon 2015).
- Dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 soutenue par le Ministère, l'Agence a donné son aval à la poursuite de différentes mesures de la stratégie, dont :
  - L'insertion de 10 nouveaux jeunes du CJL en situation d'emploi ou en soutien pour obtenir une formation qualifiée, le tout dans le cadre du Programme de qualification des jeunes (PQJ) ;
  - Le maintien de l'équipe de deuxième niveau en santé mentale pour les jeunes suivis par le CJL.

**Perspectives 2012-2013**

L'Agence poursuivra sa collaboration avec les partenaires pour l'implantation d'un Programme Négligence au plus tard en 2015, notamment en soutenant une première phase d'implantation (pour les 0-4 ans) planifiée pour septembre 2012 par les coresponsables de la mesure (CJL et Direction Famille-Enfance-Jeunesse du CSSS de Laval).

À la suite du dépôt en 2011-2012 d'un plan d'action par le CJL et de l'obtention d'une somme non récurrente de 50 000 $ pour concrétiser ce plan d'action, le dossier de la diminution du délai d'attente à l'évaluation pour les signalements reçus par la Direction de la Protection et de la Jeunesse (DPJ) sera suivi de près.

**La contribution des organismes communautaires**

L'Agence reconnaît et finance 18 organismes qui déploient des services et des activités en relation avec le programme-services Jeunes en difficulté tels que : accueil, écoute, recommandation, soutien et accompagnement, sensibilisation et information, activités de prévention, groupes d'appartenance, formations thématiques et activités d'employabilité, animation et conférences, dépannage alimentaire. De plus, la région peut

compter sur un organisme communautaire d'hébergement et sur neuf maisons de jeunes ou volets maisons de jeunes au sein des maisons de quartier.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Jeunes en difficulté | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services maisons de jeunes ou volets maisons de jeunes au sein d'organismes familles** | | |
| Carrefour jeunesse de Sainte-Rose<br>Centre communautaire Val-Martin<br>Centre Défi-Jeunesse de Saint-François<br>Maisons de quartier de Fabreville et de Vimont<br>Maisons des jeunes de Laval Ouest, de l'Est de Laval, de Sainte-Dorothée et du Marigot | 5 026 | |
| **Services d'hébergement communautaire jeunesse** | | |
| Maison d'hébergement l'Envolée | 120 | |
| **Services de justice alternative** | | |
| Mesures Alternatives jeunesse de Laval | 795 | |
| **Services d'information, de soutien et de milieu de vie pour les jeunes en difficulté** | | |
| Bureau de consultation jeunesse de Laval<br>Oasis<br>Unité mobile d'intervention et Travail de rue de l'Île de Laval<br>T.R.I.L<br>(*) mêmes jeunes vus à plusieurs reprises | | 11 360 (*) |
| **Services de soutien, activités de prévention du décrochage scolaire et d'insertion sociale et professionnelle** | | |
| Diapason Jeunesse<br>Jeunes au travail | 348 | |
| **Services de soutien aux familles et de milieu de vie pour des enfants en difficulté** | | |
| Association québécoise des troubles d'apprentissage<br>Gymn-Eau Laval | 450 | |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **6 739** | **11 360** |

## LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

### Priorités ministérielles

- *Pour une véritable participation à la vie dans la communauté Orientations ministérielles en déficience physique Objectifs 2004-2009*, Services des personnes handicapées, MSSS.
- La mise en œuvre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011)*. Ce plan favorise l'accès et la continuité des services, tant pour les services de première ligne offerts au CSSS de Laval que pour les services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux.

### Réalisations 2011-2012

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En 2011-2012, l'Agence assure le suivi du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* dans le cadre des rencontres régulières du comité régional des gestionnaires d'accès des établissements participants. Les délais d'accès aux services demandés pour la clientèle ayant une déficience sont inclus dans la planification stratégique et sont suivis périodiquement. Ils demeurent les mêmes jusqu'en 2015 et ont pour objectif de répondre dans les délais à au moins 90 % des demandes jugées urgentes, à priorité élevée ou à priorité modérée. Parmi les autres composantes de ce plan, les modalités du PSI ont été établies pour l'ensemble de la clientèle ayant une déficience. La trajectoire de services pour la clientèle ayant une déficience physique, et ce, par type de déficience, est maintenant établie.

- La liste d'attente des usagers de priorité modérée inscrits entre novembre 2008 et novembre 2010 a été révisée. Malgré certaines éliminations, l'augmentation des inscriptions fait en sorte qu'une trentaine d'usagers demeurent en attente d'un milieu d'hébergement.
- Le 25 janvier 2012, le MSSS a octroyé un financement non récurrent de 449 066 $ pour l'amélioration des services à la clientèle ayant une déficience, et ce, jusqu'au 31 mars 2012. L'Agence a réparti ce financement entre les établissements et certains organismes communautaires répondant aux prescriptions et aux cibles émises par le MSSS. Ce financement a permis à l'HJR d'augmenter le temps d'éducateur spécialisé pour la clientèle ayant des atteintes neurologiques, d'augmenter le temps de physiothérapie pour la clientèle pédiatrique et d'ajouter le temps d'ergothérapie pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile.
- Dans le cadre du Plan régional des services intégrés, l'HJR a reçu un financement supplémentaire pour l'ouverture de cinq places d'hébergement en ressources intermédiaires pour la clientèle ayant une déficience physique.

### Traumatologie

Le bilan de la première année du *Plan directeur régional en traumatologie pour 2010-2012* a été dressé. Il sera transmis à la fin de juin 2012 à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

L'INESSS a donné ses recommandations sur le *Projet régional d'organisation des services à l'intention des personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral léger (PROS TCC léger)*, et une rencontre avec l'INESS, des représentants de l'urgence de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé et de l'Agence a eu lieu à l'automne de 2011. Un comité de travail est en place afin de mettre à jour le PROS TCC léger et de permettre sa concrétisation en 2012-2013.

Le protocole d'entente pour les blessés médullaires entre les établissements de la région de Laval et le Centre d'expertise est signé, et une rétroaction sur son application est prévue en 2012-2013 entre les parties concernées.

Les bilans 2011-2012 des plans d'action régionaux 2011-2014 pour les traumatisés crâniens modérés graves (TCC-MG) adultes et enfants sont en cours. Le Comité régional de traumatologie s'est réuni à deux reprises au cours de l'année 2011-2012. Tous

les établissements de Laval concernés par ce secteur d'activités y siègent aux côtés de représentants des Centres d'expertise.

**Déficience auditive**
L'Agence s'est entendue avec le Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain (SIVET) pour desservir la clientèle lavalloise, et l'entente sera mise à jour pour 2012-2013. Elle a également reconduit une entente de services avec le Centre de la communauté sourde du Montréal métropolitain (CCSMM).

**Services posthospitaliers de réadaptation**
L'Agence a mis sur pied, à l'automne de 2011, un comité régional chargé demener la réflexion sur l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation pour les Lavallois et pour certaines clientèles hors région, puis d'élaborer un cadre de référence régional incluant les définitions des clientèles, les critères d'admissibilité, les modalités de recommandation, les critères de fin d'intervention, etc., et s'harmonisant avec les cadres de référence des régions avoisinantes. Les travaux se poursuivront au cours de l'année 2012-2013.

**Contribution des organismes communautaires**
L'Agence reconnaît et finance neuf organismes qui déploient des services et des activités en relation avec le programme-services Déficience physique tels que : accueil, écoute, recommandation, soutien, sensibilisation et information, formations thématiques, activités sociales, culturelles, sportives et de loisir, groupes d'échange et d'entraide, accompagnement et assistance, soutien et répit des proches aidants, soutien à l'admissibilité au transport adapté, services d'interprétariat pour les personnes vivant avec une surdité.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Déficience physique | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services d'aide et d'entraide pour la clientèle vivant avec une déficience physique**<br>Association de la fibromyalgie de Laval<br>Association des personnes vivant avec une surdité de Laval<br>Association sclérose en plaques Laval | 1 552 | |
| **Services de soutien aux proches aidants et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec une déficience physique**<br>Association des personnes aphasiques de Laval<br>Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval<br>Association Dysphasie +<br>Association québécoise des traumatisés crâniens | 1 083 | |
| **Services de soutien à l'admissibilité de la clientèle au transport adapté**<br>Association lavalloise pour le transport adapté ALTA | 450 | |
| **Services d'interprétariat pour les personnes vivant avec une surdité**<br>Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain SIVET | | 706 |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **3 085** | **706** |

**Perspectives 2012-2013**

Pour terminer la mise en œuvre du Plan d'accès pour la clientèle ayant une déficience physique, l'Agence va assurer la mise en place d'une gestion intégrée de l'accès et de la continuité tant par programme-services qu'entre les programmes et terminer la trajectoire de services pour la clientèle ayant une déficience physique, et ce, par type de déficience.

Les travaux sur les services posthospitaliers en réadaptation pour la clientèle lavalloise, dont ceux fournis selon l'entente avec la région de Montréal, et les liens avec les régions limitrophes telles que les Laurentides et Lanaudière demeurent une priorité régionale et ministérielle. Un comité stratégique régional a été mis en place afin d'assurer la mise en œuvre d'un plan.

En 2012-2013, le suivi de la Banque régionale des aides techniques demeure une priorité afin d'assurer que la clientèle ayant une déficience soit bien desservie. Terminer, en collaboration avec les établissements lavallois, le PROS TCC léger en tenant compte des recommandations émises par l'INESSS.

L'utilisation du Chèque-emploi-service sera une priorité d'action en 2012-2013. La région de Laval a le plus bas taux d'utilisation de cette modalité à l'échelle provinciale. L'Agence, avec la collaboration du CSSS de Laval, travaillera à l'amélioration et à l'optimisation de cette modalité.

L'implantation du SIPAD à l'HJR pour le suivi de la clientèle ayant une déficience physique est un enjeu majeur et demeure tributaire du plan de travail de la Sogique, mandaté par le MSSS.

## > LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

**Priorités ministérielles**

- La mise en œuvre de la politique *De l'intégration sociale à la participation sociale (2001) à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle* (DI).
- La mise en œuvre du plan d'action *Un geste porteur d'avenir (2003)* à l'intention des personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED).
- La mise en œuvre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011)*. Ce plan favorise l'accès et la continuité des services de première ligne offerts au CSSS de Laval ainsi que des services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux.

**Réalisations 2011-2012**

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En 2011-2012, dans le cadre des rencontres régulières du Comité régional des gestionnaires d'accès, l'Agence a assuré le suivi du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Les délais d'accès inclus dans la planification stratégique ont fait l'objet d'un suivi périodique. Parmi les autres composantes, les modalités du PSI ont été établies pour l'ensemble de la clientèle ayant une déficience.

La liste d'attente des usagers de priorité modérée inscrits entre novembre 2008 et novembre 2010 a été résorbée, seule une dizaine d'usagers demeure en attente d'un milieu d'hébergement.

**Autres réalisations :**

Le MSSS a octroyé un financement non récurrent de 449 066 $ pour l'amélioration des services à la clientèle ayant une déficience, de la fin de janvier au 31 mars 2012. L'Agence a réparti ce financement entre les établissements et les organismes communautaires répondant aux prescriptions et aux cibles du MSSS.

Dans le cadre du Plan régional des services intégrés, le CRDI Normand-Laramée a reçu un financement supplémentaire permettant l'ouverture de 10 places d'hébergement en ressources intermédiaires.

**Perspectives 2012-2013**
L'Agence maintient comme objectifs :

- Le suivi de l'actualisation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, et ce jusqu'en 2015 ; la gestion intégrée demeurant une composante importante de ce suivi.
- Le soutien au CRDI Normand-Laramée dans le cadre des travaux du projet de consolidation et de spécialisation de la Résidence Louise-Vachon.

**Contribution des organismes communautaires**
L'Agence reconnaît et finance six organismes qui déploient des services et des activités en relation avec le programme-services Déficience intellectuelle et TED, tels que : accueil, écoute, information, recommandation, sensibilisation, soutien et répit aux familles, activités de jour (sociales, culturelles, sportives et récréatives), activités de préemployabilité, camps de jour, répits de fin de semaine, groupes d'échange et d'entraide, accompagnement en défense des droits.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

| Organismes 2011-2012<br>Programme-services Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement (TED) | Nb de personnes jointes/ participations | Nb de rencontres activités |
|---|---|---|
| **Services de soutien, activités d'intégration et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec des déficiences multiples** | | |
| Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval | | |
| Les Ateliers adaptés Stimul'Arts | | |
| La Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval | 217 | |
| **Services de soutien aux familles et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle** | | |
| Association de Laval pour la déficience intellectuelle | 359 | |
| **Services de soutien aux familles et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec un trouble envahissant du développement** | | |
| Services du Chat botté de Laval | | |
| Société de l'autisme et des TED de Laval | 250 | |
| **TOTAL CLIENTÈLE ET INTERVENTIONS** | **826** | |

De plus, l'Agence finance des projets ponctuels d'un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- La Halte de l'OrchidBleue.

# LA DIRECTION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES

Optimisation, performance, approche Lean, voilà des mots qui font maintenant partie de notre vocabulaire. Le réseau de la santé et des services sociaux et ses établissements se sont résolument engagés sur le chemin de l'optimisation des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles, de l'amélioration de la performance du système de santé et des services sociaux et de l'implantation de « Lean Healthcare » dans toutes les sphères opérationnelles de son fonctionnement.

Les agences de la santé et des services sociaux jouent un rôle de premier plan et sont appelées à coordonner ces démarches sur leur territoire.

Pour la région de Laval, divers chantiers ont débuté. Sur le plan des services à la population, notons l'optimisation des soins à domicile, la hiérarchisation et la pertinence du recours aux services de laboratoire, l'accès aux services spécialisés, la centralisation du circuit du médicament, l'optimisation de l'utilisation des équipements de radiologie, pour n'en nommer que quelques-uns. Au plan administratif, soulignons la démarche de migration des postes informatiques traditionnels vers des postes de type « client léger », la mise en commun des services d'approvisionnement et du traitement de la paie entre certains établissements, la réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante et l'expérimentation de projets Lean.

Dans le cas de l'Agence, rappelons que le traitement de la paie de son personnel est déjà effectué par l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. Des mises en commun de services sont déjà actualisées ou sont en voie de l'être avec les agences des Laurentides et de Lanaudière ou avec l'une d'elle. Il en est ainsi avec la certification des résidences privées, la gestion de la sécurité des actifs informationnels, le centre de documentation et la sécurité civile. En plus, dossier fort important depuis le 1er avril 2012, tout le personnel du centre régional de services en ressources informationnelles des trois agences relève dorénavant de l'Agence de Lanaudière. Il s'agit d'une première étape de mise en commun des ressources informationnelles des trois régions.

Au niveau des ressources humaines réseau, l'Agence a poursuivi son plan stratégique régional en vue de soutenir le réseau lavallois à faire face au défi de la main-d'oeuvre

Au plan budgétaire, remarquons que la région a encore une fois terminé l'année en équilibre budgétaire, et ce, malgré la pression accrue sur l'offre de service, la réduction budgétaire découlant de la Loi 100 ainsi que diverses mesures de rationalisation.

Du côté des ressources informationnelles, je suis fier de souligner que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vient d'annoncer son intention de faire de notre applicatif clinique REPÈRE un actif d'intérêt commun et de l'étendre à l'ensemble du réseau. Rappelons que REPÈRE est le fruit de quinze ans d'efforts et de persévérance de la part de l'équipe dédiée à ce projet.

À la suite d'un processus d'appel d'offres public dans le but d'améliorer l'offre de service en hébergement, l'Agence a signé une entente pour la construction d'un CHSLD de 100 places en mode partenariat public-privé (PPP). Les premiers résidents y seront accueillis à l'automne 2013.

Par ailleurs, dans le but de maintenir et d'améliorer, de façon durable, l'état de santé et le mieux-être de son personnel, l'Agence de Laval s'est engagée dans une démarche « Entreprise en santé » devant la mener à une certification reconnaissant les efforts consentis.

**M. Yves St-Onge**
Directeur des affaires administratives

## > LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN

### PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE RÉSEAU

Les trois axes d'intervention de la stratégie 2011-2015 portent sur la promotion des métiers et des professions, l'attraction de la main-d'œuvre et l'amélioration de la fidélisation de la main-d'œuvre et de l'organisation du travail. La Direction des affaires administratives, en collaboration avec les établissements de la région, a mis en œuvre certaines des actions contenues dans la stratégie de gestion de la main-d'œuvre.

Notamment :

- Un sondage auprès des jeunes du secondaire sur leur intérêt envers le réseau de la santé et des services sociaux.
- Une tournée des écoles des niveaux secondaire et collégial.
- Le positionnement de la stratégie de gestion de la main-d'œuvre.
- Le développement d'un programme de leadership s'adressant aux cadres de la région.
- Le financement de l'inscription des cadres de la région au microprogramme sur l'amélioration continue (approche Lean).

| Réalisations | Perspectives |
|---|---|
| La stratégie de gestion de la main-d'œuvre 2011-2015 a été revue en janvier 2012 pour mettre l'accent sur la promotion des métiers et des professions, l'augmentation du nombre de stagiaires, l'implantation de la norme « Entreprise en santé » et l'amélioration de la gestion de la présence au travail. | |
| Un portrait de la main-d'œuvre de la région est accessible, selon les prescriptions de l'entente de gestion et de la Loi sur les services de santé et de services sociaux. Nous avons également tenu un tableau de bord régional afin d'analyser les différents indicateurs déterminés par catégorie d'emplois. | Élaboration annuelle d'un portrait de la main-d'œuvre, du tableau de bord régional par établissements. |
| Un sondage a été mené auprès des jeunes du secondaire afin de connaître leur intérêt pour le microsite, son contenu, le réseau de la santé et des services sociaux et afin de connaître leur opinion sur les meilleures façons de les joindre. Ce sondage a permis de déterminer l'image des professions qui les attirent et des personnes qui pourraient influencer leurs choix quant à leurs études et à leurs professions futures. | Maintien et développement de l'information accessible aux jeunes désirant travailler au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Développement d'une activité auprès des jeunes du secondaire pour soutenir la promotion des métiers et des professions du réseau de la santé et des services sociaux. |

| Réalisations | Perspectives |
| --- | --- |
| Une tournée des écoles secondaires de la Commission scolaire de Laval a été effectuée les 18 et 19 novembre 2011 avec la collaboration du personnel des établissements de la région. Cette tournée regroupait 12 écoles secondaires (15 340 élèves), 3 centres d'éducation des adultes (4 500 élèves) et 8 centres de formation professionnelle (7 800 élèves). | Maintien de la participation de l'Agence à l'organisation d'une tournée des écoles dans la région. |
| L'Agence a participé au financement du programme Jeunes explorateurs d'un jour, comportant cette année deux dates, soit le 16 février 2012 et le 19 avril 2012. Le 16 février, cinq stages ont été offerts en assistance technique en pharmacie, en inhalothérapie, en imagerie médicale (technologue) au CSSS de Laval ; le Centre jeunesse a accueilli des jeunes intéressés par le métier de psychologue et de travailleur social. | Maintien de notre participation au programme Jeunes explorateurs d'un jour. |
| Le projet d'organisation du travail de la catégorie IV s'est terminé le 30 juin 2011. Les objectifs ont été atteints, soit l'utilisation judicieuse des professionnels (ergothérapeutes et travailleurs sociaux) et des techniciens en éducation spécialisée et l'assurance d'une meilleure complémentarité et continuité entre les services de soins médicaux de première et de deuxième ligne. | Assurer la pérennité du projet. |
| Le financement du projet d'organisation du travail en matière de planification de la main-d'œuvre a permis de structurer une démarche au CSSS de Laval qui pourra faire l'objet d'un transfert inter-établissement au cours de l'année 2012-2013. | Transfert d'apprentissage aux établissements de la région. |
| On a entrepris des démarches pour inciter les CHSLD privés conventionnés à recevoir des stagiaires en soins infirmiers, une initiative qui a connu un vif succès auprès des étudiantes et des établissements. | Augmentation de 5 % du nombre de stagiaires. |
| Le comité régional de coordination de stages s'est doté d'un cadre de référence sur les modalités d'octroi des stages. L'année 2011-2012 a permis d'améliorer l'utilisation d'HSPnet quant aux stages en soins infirmiers et d'entreprendre des discussions pour inclure les autres disciplines. | |

## LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL RÉSEAU

L'année 2011-2012 s'est démarquée par le déploiement massif de la solution informatique RSIPA (livraison 1). Les intervenants auprès d'une clientèle en perte d'autonomie ont ainsi participé à trois formations afin de maîtriser le nouvel outil informatique.

Deux programmes de formation, l'un portant sur l'alimentation des personnes dysphagiques et l'autre sur la contribution de l'infirmière auxiliaire à la thérapie intraveineuse, sont arrivés à leur terme.

Ces formations ont permis de développer les compétences de quelque 2 000 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de Laval.

**Tableau 13. Développement et maintien des compétences du personnel réseau**

| Région | Nombre de participants |
|---|---|
| Agir auprès de la personne âgée | **Déployé dans les établissements** |
| Alimentation des personnes dysphagiques en CHSLD | **4 groupes – 16 participants** |
| Alimentation en CHSLD - Service aux tables | **2 groupes – 32 participants** |
| Atelier Cinq épices | **1 groupe – 27 participants** |
| Bien dans sa tête, bien dans sa peau | **1 groupe – 25 participants** |
| Charlie – programme d'accueil et d'intégration des nouveaux intervenants | **3 groupes – 52 participants** |
| Consolidation des opérations financières du gouvernement – compréhension générale | **1 groupe – 13 participants** |
| Dépendance adulte | **1 groupe – 20 participants** |
| Dépendance jeunesse | **1 groupe – 19 participants** |
| Diversité culturelle | **5 groupes – 67 participants** |
| Facteurs humains | **1 groupe – 19 participants** |
| Hygiène et salubrité | **1 groupe – 11 participants** |
| Hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire – volet gestionnaire | **3 groupes – 20 participants** |
| Hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire – volet manipulateur | **1 groupe – 7 participants** |
| Langue anglaise | **9 groupes – 94 participants** |
| Mesures de contrôle (contention – isolement) | **22 groupes – 163 participants** |
| Outil d'évaluation multiclientèle | **26 groupes – 375 participants** |
| Préceptorat | **1 groupe – 15 participants** |
| Plan de service individualisé | **3 groupes – 59 participants** |
| Profils Iso-SMAF | **35 groupes – 380 participants** |
| Programme d'encadrement clinique | **2 groupes – 25 participants** |
| Solution informatique RSIPA | **68 groupes – 395 participants** |
| Thérapie intraveineuse | **11 groupes – 116 participants** |
| **TOTAL** | **202 groupes – 1950 participants** |

## LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

La gestion de la présence au travail est l'une des cibles de la stratégie de gestion de la main-d'œuvre régionale. L'évolution de l'absentéisme sous assurance salaire, élément d'analyse qui représente l'un des axes importants en matière de gestion de la main-d'œuvre, a entraîné un suivi régulier de l'indicateur quant au rapport entre le nombre d'heures sous assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.

La cible régionale 2011-2012, fixée à 5,54, n'a pu être atteinte. La valeur projetée est de 6,48 pour l'ensemble des établissements de la région, comparativement à 6,06 pour l'exercice financier 2010-2011. Un effort est requis de la part des établissements en vue d'optimiser la présence au travail. Il paraît nécessaire d'établir un plan d'action pour diminuer l'absentéisme lié aux invalidités

(assurance salaire et accidents du travail).

| Objectif de résultats 2011-2012 | Résultat 2010-2011 (P-13) | Cible 2011-2012 | Résultat 2011-2012 (Projeté) |
|---|---|---|---|
| **Rapport entre le nombre d'heures sous assurance salaire et le nombre d'heures travaillées** | 6,06 | 5,54 | 6,48 |

## LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Une diminution de 10 % des heures en temps supplémentaire des infirmières et des autres catégories de personnel est attendue d'ici 2015, ce qui se traduit par un ratio à atteindre annuellement.

En 2011-2012, dans le groupe du personnel infirmier, le ratio atteint était en deçà de la cible régionale fixée. Deux établissements sur sept se démarquaient, soit le CSSS de Laval (légère augmentation de ses heures supplémentaires de 0,43 %) et le Centre d'hébergement Champlain Saint-François. Ce dernier a connu une diminution majeure des heures supplémentaires, de 78,43 %.

Quant au temps supplémentaire effectué par le personnel réseau, on constate que l'on a atteint un ratio de 2,87, dépassant légèrement la cible de 2,85.

Tableau 14. Heures supplémentaires par le personnel infirmier et le personnel réseau

| | TS infirmières | | TS réseau | |
|---|---|---|---|---|
| Établissements | Résultats 2011-2012 (P-12) | Cible 2011-2012 | Résultats 2011-2012 (P-12) | Cible 2011-2012 |
| CSSS de Laval | | | | |
| CHSLD Saint-Jude Inc. | 4,48 | 5,05 | 2,78 | 2,92 |
| Résidence Riviera Inc. | 7,21 | 5,30 | 4,26 | 1,93 |
| CHSLD Vigi l'Orchidée blanche | 5,14 | 3,79 | 3,58 | 2,61 |
| Manoir Saint-Patrice Inc. | 6,69 | 4,55 | 2,45 | 2,65 |
| CHSLD Santé Courville de Laval | 10,52 | 7,27 | 4,83 | 2,60 |
| Centre d'hébergement Champlain Saint François | 1,39 | ND | ND | ND |
| | 0,85 | 5,13 | 2,11 | 1,65 |
| **RÉGIONAL** | **4,58** | **5,06** | **2,87** | **2,85** |

## LA MAIN-D'OEUVRE INDÉPENDANTE

La main-d'œuvre indépendante dans le groupe des infirmières demeure un enjeu majeur et on devrait en faire diminuer la demande de 25 % d'ici 2015 ou de 40 % dans les établissements ayant un syndicat FIIQ. La cible régionale en 2011-2012 avait été établie à 7,72. L'effort de plusieurs établissements de la région a permis d'obtenir une diminution du ratio, représentant une baisse en heures de 24,90 %.

On observe une nette diminution des heures en main-d'œuvre indépendante auprès de quatre établissements sur sept, à savoir de 24,55 % pour le CSSS de Laval, de 80,60 % pour la Résidence Riviera, de 10,39 % pour le CHSLD Vigi L'Orchidée blanche et de 41,52 % pour le Centre d'hébergement Champlain Saint-François.

Tableau 15. Main-d'œuvre indépendante

| | Infirmières | | Infirmières auxiliaires | | PAB | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Établissements | Résultats 2011-2012 (P-12) | Cible 2011-2012 | Résultats 2011-2012 (P-12) | Cible 2011-2012 | Résultats 2011-2012 (P-12) | Cible 2011-2012 |
| CSSS de Laval | 5,63 | 7 | 3 | 4,25 | 0,72 | 1,03 |
| CHSLD Saint-Jude Inc. | 22,04 | 8,83 | 9,48 | 11,27 | 8,47 | 1,79 |
| Résidence Riviera Inc. | 4,72 | 22,44 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CHSLD Vigi l'Orchidée blanche | 25,93 | 27,99 | 1,89 | 1,45 | 0,01 | 0,00 |
| Manoir Saint-Patrice Inc. | 10,24 | 8,20 | 2,62 | 1,01 | 6,91 | 2,16 |
| CHSLD Santé Courville de Laval | 0 | ND | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centre d'hébergement Champlain Saint François | 41,34 | 54,55 | 8,64 | 7,95 | 8,14 | 2,72 |
| **RÉGIONAL** | **5,89** | **7,72** | **3,52** | **4,61** | **1,81** | **1,02** |

La cible régionale pour la main-d'œuvre indépendante chez les infirmières auxiliaires, établie à 4,61, est atteinte. Les heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante ont diminué de 24,45 % régionalement.

Dans l'ensemble, la cible régionale pour la main-d'œuvre indépendante chez les préposés aux bénéficiaires n'a pas été atteinte, mais elle a été atteinte dans un établissement sur sept. La diminution des heures représente un pourcentage de 32,21 % au CSSS de Laval.

## LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Le Centre régional de services en ressources informationnelles (CRSRI) assure la gestion de l'ensemble des ressources informationnelles de l'Agence de Laval et des partenaires de la région. Il coordonne pour l'Agence, et en partenariat avec les établissements de la région, des projets d'informatisation conformes aux orientations ministérielles et régionales.

Il met en place une planification stratégique des ressources informationnelles, de concert avec l'Agence et les partenaires de la région de Laval. Le CRSRI assure la gestion du portefeuille de projets régionaux, maintient une vigie technologique et veille à la saine gouvernance des technologies. Le CRSRI intervient à toutes les étapes d'un projet : initiation, planification, lancement, exécution, contrôle et clôture.

De plus, il assure la coordination des systèmes d'information régionaux (pilotage, formation, déploiement et soutien à l'utilisation).

Voici les principaux projets et réalisations de l'exercice 2011-2012 :

**Site Internet**
Refonte du site Internet public de l'Agence de Laval

Réalisations
- Définition des besoins
- Analyse des différentes options
- Collaboration des Agences de Laval, des Laurentides et de Lanaudière
- Planification du projet

**Entrepôt de données**
Mise en place de tableaux de bord

Réalisation
- Évolution du projet en phase II par une intégration des données hospitalières

**Panorama**
Logiciel de surveillance et de gestion de la santé publique

Réalisations
- Implantation du logiciel en santé publique - Gestion des produits immunisants
- Formation des utilisateurs
- Soutien-pilote régional

**Office 2010**
Migration d'Office 2003 à Office 2010 sur tous les postes informatiques de l'Agence de Laval

Réalisations
- Élaboration du guide de formation des utilisateurs
- Implantation de la nouvelle version
- Formation migration Office 2010
- Soutien aux pilotes locaux des établissements

**Portail Intranet**
Accès à l'information locale et régionale

Réalisations
- Implantation de l'intranet au CSSS de Laval
- Formation des webmestres et des pilotes locau
- Soutien aux pilotes locaux et aux webmestres

**Sider**
Plateforme de livraison de résultats électroniques

Réalisations
- Collaboration des Agences de Laval, des Laurentides et de Lanaudière dans la mise en place de Sider
- Travaux préparatoires dans les GMF, les cliniques médicales et les CLSC

**RSIPA – Volet informatique**
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées

Réalisations
- Implantation du volet information du RSIPA
- Formation des intervenants du programme-clientèle Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)
- Soutien aux utilisateurs

**Téléphonie IP à l'Agence**
- Implantation de la téléphonie IP à l'Agence
- Amélioration de l'infrastructure
- Installation des équipements

**Infections nosocomiales**
Implantation d'un logiciel de collecte de données sur les infections nosocomiales

Réalisation
- Préparation d'un appel d'offres public

**E-Clinibase**
Index des patients

Réalisations
- Analyse de faisabilité
- Implantation à l'Hôpital juif de réadaptation

**Télécopie à l'Agence**
Implantation du système XMedius Fax

Réalisations
- Analyse de faisabilité
- Remplacement de la solution
- Implantation de la solution

**Téléphonie cellulaire à l'Agence**

Réalisations
- État de la situation
- Remplacement des équipements

**Repère**
Système clinique ambulatoire

Réalisations
- Implantation de Repère dans le programme-clientèle PPALV et les guichets de services
- Implantation de Repère à l'Hôpital juif de réadaptation
- Travaux préparatoires avec le MSSS et Sogique pour l'arrimage avec RSIPA
- Travaux préparatoires avec le MSSS pour la cession de l'actif Repère

## SÉCURITÉ CIVILE-MISSION SANTÉ

Selon le ministère de la Sécurité publique, la sécurité civile est l'ensemble des actions et des moyens mis en place à tous les échelons de la société dans le but de connaître les risques, d'éliminer ou de réduire les probabilités d'événements liés à ces risques, d'atténuer leurs effets potentiels ou, pendant et après un sinistre, d'en limiter les conséquences néfastes. Sur les plans tant provincial que régional, ces mesures et ces actions sont organisées en fonction de diverses missions, dont celle de la santé.

Plus spécifiquement, l'Agence de Laval est responsable de la mission santé à l'échelle régionale. Par conséquent, elle doit en assumer le leadership et la coordination régionale. Elle assure la cohérence des interventions entre les différents partenaires de la santé afin que ceux-ci puissent assumer leurs responsabilités respectives et favoriser la concertation et la circulation des informations pertinentes.

Pour l'année 2011-2012, trois principaux dossiers étaient suivis afin d'améliorer la capacité de réponse du réseau advenant un sinistre, soit l'amélioration des procédures :

- d'évacuation des occupants ;
- de confinement des établissements de santé ;
- de réception massive.

De plus, deux autres dossiers ont retenu l'attention et la mobilisation de l'équipe de la Mission santé, soit les émanations de monoxyde de carbone liées au dynamitage ainsi que la chaleur accablante et extrême.

En ce qui concerne la révision des trois procédures dans les établissements du réseau, on a créé un comité de travail pour évaluer les vulnérabilités et établir les mesures à mettre en place rapidement afin de réduire les répercussions d'un sinistre. Plusieurs documents ont été produits ou adaptés à des établissements.

Tous les établissements ont intégré ces divers documents à leur plan d'urgence et travaillent à remplir une fiche synthèse de sécurité civile qui permettra de déterminer rapidement, tant pour eux que pour l'Agence, les zones sensibles advenant un sinistre et, de ce fait, de mobiliser rapidement les partenaires concernés.

**Chaleur accablante et extrême**
L'intervention en cas de chaleur accablante et de chaleur extrême s'est déroulée du 20 au 25 juillet 2011. Lors de cet événement, on a mobilisé une part importante des ressources afin de mener les activités prévues dans le plan. L'amélioration de la résistance des établissements et de la population dans les périodes de chaleur accablante et extrême nous a cependant amenés à revoir notre plan afin d'adapter nos activités à la nouvelle réalité lavalloise.

**Émanations de monoxyde de carbone liées au dynamitage**
Le 13 avril 2011, on a mobilisé différentes équipes d'interventions en raison d'émanations de monoxyde de carbone liées à un chantier de construction dans un secteur résidentiel

en développement. Comme on ne peut empêcher la migration du monoxyde de carbone dans le sol, on a dû prendre plusieurs mesures d'atténuation afin d'assurer la santé et la sécurité de la population.

On a d'ailleurs formé un comité de reprise des travaux, impliquant de nombreux spécialistes dont plusieurs médecins de la Direction de la santé publique, afin d'évaluer les mesures à mettre en place pour que les travaux puissent reprendre rapidement, et ce, sans danger pour la population.

Durant ce premier événement, 10 personnes ont souffert d'une intoxication et 6 résidences, abritant un total de 17 personnes, ont dû être évacuées. On a établi un périmètre de sécurité de 100 mètres et les travaux ont été arrêtés durant 13 jours.

Un deuxième événement, qui a nécessité de nouvelles mesures d'urgence, est survenu le 26 mai 2011. On n'a toutefois pas rapporté de cas d'intoxication. Trois résidences, abritant 11 personnes, ont dû être évacuées durant 3 jours et les travaux ont été arrêtés pendant 4 jours.

L'arrimage entre les différents partenaires et le soutien des médecins en santé environnementale a permis de mieux connaître le phénomène de migration du monoxyde de carbone et d'améliorer l'état de préparation de tous devant les risques d'émanations associées au dynamitage en zone habitée.

## > LE PROGRAMME GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

### IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS – RÉSEAU

Pour l'exercice financier 2011-2012, le Ministère et l'Agence ont alloué les enveloppes budgétaires suivantes.

### RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES AUTRES QUE CHSLD

*Une somme non récurrente de 2 281 581 $*

- **1 618 289 $ :** pour terminer le réaménagement de la salle de sismothérapie, pour poursuivre l'ajout de lits et le réaménagement en obstétrique phase 1, pour terminer la rénovation d'une unité de soins, l'aménagement après le remplacement de l'IRM, pour agrandir la salle des serveurs, pour l'aménagement du service de médecine de jour et de l'accueil clinique au bloc C, portion d'aménagement pour le TEP scan au **CSSS de Laval.**

- **136 316 $** : pour consolider des services cliniques et informatiques (pédiatrie, récréologie, TCC, services régionaux) à **l'Hôpital juif de réadaptation.**

- **320 801 $** : pour réaménager des espaces extérieurs, réguliers et dynamiques au Centre Notre-Dame du **Centre jeunesse de Laval**.

- **131 175 $** : pour poursuivre le projet milieu de vie à la Résidence Louise-Vachon, consolider et spécialiser des services selon le plan d'orientation immobilière qui sera réalisé par phases au **CRDI Normand-Laramée**.

- **75 000 $** : alloué par le Ministère à titre de frais de gestion à l'Agence.

### RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES DANS LES CHSLD

*Une somme non récurrente de 1 295 000 $*

- **830 000 $ :** pour l'aménagement des salons, salles communes, salles d'eau, corridors, balcons, des utilités propres et souillées, de lave-linge et sèche-linge, et l'ajout d'un poste de garde au CHSLD La Pinière ; pour l'aménagement de quatre unités et le déplacement de l'unité psychiatrique au 4e étage, l'aménagement du secteur de la production alimentaire pour installer un système de distribution par plateau au CHSLD Idola Saint-Jean ; pour le

réaménagement du poste de garde, l'aménagement d'utilités propres et souillées aux premier, deuxième et quatrième étages du CHSLD Fernand-Larocque du **CSSS de Laval**.

- **5 500 $ :** pour l'installation d'un système anti-fugue dans l'ascenseur au **Centre d'hébergement Champlain Saint François**.

- **189 127 $ :** pour l'aménagement et la construction de micro-milieux pour le regroupement de certains types de clientèle ; pour l'installation d'un système directionnel à l'entrée, et d'un système de codification de la mobilité des résidents; pour la prévention des infections par l'installation de robinets automatiques ou à pédales; pour l'amélioration du chauffage des chambres au **Manoir Saint-Patrice**.

- **192 222 $ :** pour la relocalisation du fumoir des résidents, permettant au salon de l'unité 1 de devenir un lieu non-fumeur ; pour les travaux liés à la désinstitutionalisation des unités de vie des résidents au **CHSLD Saint-Jude**.

- **73 151 $ :** pour l'aménagement de la cour extérieure de la **Résidence Riviera**.

- **5 000 $ :** pour l'installation de rails et de moteurs de leviers dans les salles de réadaptation du **CHSLD Vigi l'Orchidée blanche**.

**MAINTIEN DES ACTIFS IMMOBILIERS**
*Une somme récurrente de 7 183 977 $*

Dans le cadre du Plan triennal, les sommes suivantes ont été allouées comme suit :

| | |
|---|---|
| 4 080 617 $ | CSSS de Laval |
| 570 067 $ | Hôpital juif de réadaptation |
| 1 341 578 $ | Centre jeunesse de Laval |
| 130 372 $ | CRDI Normand-Laramée |
| 249 427 $ | CHSLD Vigi l'Orchidée blanche |
| 93 517 $ | Résidence Riviera |
| 718 398 $ | Enveloppe régionale de 10 % comme prescrit |

**MAINTIEN DES ACTIFS – ÉQUIPEMENTS**
**Équipement médical :**
*Une somme récurrente de 7 000 827 $*

| | |
|---|---|
| 5 781 509 $ | CSSS de Laval |
| 263 018 $ | Hôpital juif de réadaptation |
| 70 076 $ | Centre jeunesse de Laval |
| 35 793 $ | CRDI Normand-Laramée |
| 37 372 $ | CHSLD Vigi l'Orchidée blanche |
| 76 131 $ | Résidence Riviera |
| 736 929 $ | Enveloppe régionale comme prescrit |

**Équipement non médical et mobilier :**
*Une somme récurrente de 1 974 524 $*

| | |
|---|---|
| 1 224 388 $ | CSSS de Laval |
| 134 991 $ | Hôpital juif de réadaptation |
| 327 475 $ | Centre jeunesse de Laval |
| 107 130 $ | CRDI Normand-Laramée |
| 29 921 $ | CHSLD Vigi l'Orchidée blanche |
| 25 222 $ | Résidence Riviera |
| 125 396 $ | Enveloppe régionale de 5 % comme prescrit |

**Actifs informationnels :**
*Une somme récurrente de 905 961 $*

Note : 75 % de l'enveloppe sera allouée, conditionnellement à son approbation par l'Agence et par le Ministère, au projet d'optimisation de la gestion du parc des postes de travail en client léger.

| | |
|---|---|
| 556 456 $ | CSSS de Laval |
| 70 203 $ | Hôpital juif de réadaptation |
| 79 875 $ | Centre jeunesse de Laval |
| 54 195 $ | CRDI Normand-Laramée |
| 4 002 $ | CHSLD Vigi l'Orchidée blanche |
| 5 336 $ | Résidence Riviera |
| 135 894 $ | Agence et enveloppe régionale de 15 % comme prescrit |

**Actifs informationnels :**
*Une somme non récurrente de 21 120 $*

| | |
|---|---|
| 1 680 $ | Centre d'hébergement Champlain Saint-François |
| 11 760 $ | CHSLD Saint-Jude |
| 3 600 $ | Manoir Saint-Patrice |
| 4 080 $ | Centre gériatrique le Bel Âge de Fabre |

**Équipements – Dépenses capitalisables :**
*Une somme non récurrente de 951 100 $*

| | |
|---|---|
| 659 150 $ | CSSS de Laval |
| 53 405 $ | Hôpital juif de réadaptation |
| 183 254 $ | Centre jeunesse de Laval |
| 55 291 $ | CRDI Normand-Laramée |

## ENVELOPPES AIDES TECHNIQUES

*Une somme non récurrente de 407 255 $*

Achat d'appareils pour le diagnostic à domicile, aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique et aides techniques aux personnes handicapées.

## AUTRES PROJETS

- Rénovation fonctionnelle majeure autorisée pour ajouter 37 lits à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé
  *Une somme non récurrente de* ***4 387 000 $.***

- Rénovation fonctionnelle majeure autorisée pour relocaliser l'unité de médecine familiale dans un nouveau pavillon à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé
  *Une somme non récurrente de* ***4,2 M $*** *au* ***CSSS de Laval.***

- Rénovation fonctionnelle majeure autorisée par phases au CHSLD Sainte-Dorothée du CSSS de Laval
  *Une somme non récurrente de* ***2,9 M $*** *pour la phase 2.*

- Travaux de remplacement du système d'alarme incendie et mise aux normes des prises de courant et de l'éclairage, dans le cadre des phases 1, 2 et 3 du projet de rénovation du CHSLD Sainte-Dorothée
  *Une somme non récurrente de* ***1 128 700 $*** *au* ***CSSS de Laval.***

- Ajout d'équipement au service de néonatalogie de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé
  *Une somme non récurrente de* ***627 800 $*** *au* ***CSSS de Laval.***

- **139 842 $** pour un projet de milieu de vie à la Résidence Louise-Vachon du **CRDI Normand-Laramée.**

- Dans le cadre du projet d'acquisition de 100 places pour le CHSLD en mode de partenariat public-privé, remboursement des honoraires d'Infrastructure Québec et des dépenses assumées par la Société immobilière du Québec
  *Une somme non récurrente de* ***800 000 $.***

CHAPITRE 5

# BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION

## > RÉSUMÉ DU BILAN DU SUIVI DE LA GESTION RÉGIONALE 2011-2012

**Bilan du suivi de la gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2011-2012**

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santé publique | **1.01.12-EG2** Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) | 79,5 | 81,5 | 98,5 | NA | NA |
| | **1.01.13-EG2** Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) | 60,7 | 50,6 | 119,9 | NA | NA |
| | **1.01.14-EG2** Proportion des enfants recevant dans les CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais | 90,3 | 75 | 120,3 | NA | NA |
| | **1.01.15-EG2** Proportion des enfants recevant dans les CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 70,2 | 75 | 93,6 | NA | NA |
| | **1.01.16.01-EG2** Proportion des enfants recevant dans les CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais | 70,5 | 75 | 94 | NA | NA |
| | **1.01.17-EG2** Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel | 100 | 100 | 100 | NA | NA |
| | **1.01.18-EG2** Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales | 0 | 100 | 0 | NA | NA |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Perte d'autonomie liée au vieillissement | **1.03.05.01-PS** Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendus par les différents modes de prestation de services (CSSS mission CLSC) | 388606 | 379863 | 102,3 | 441574 | 88 |
| | **1.03.06-PS** Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans les autres réseaux | 67,69 | 68,05 | NA | 55 | NA |
| Déficience physique | **1.45.04.01-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 90,6 | 90 | 100,6 | 90 | 100,6 |
| | **1.45.04.02-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE —URGENCE | 100 | 90 | 111,1 | 90 | 111,1 |
| | **1.45.04.03-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | 88,1 | 90 | 97,8 | 90 | 97,8 |
| | **1.45.04.04-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | 92,5 | 75 | 123,2 | 90 | 102,7 |
| | **1.45.04.05-PS** Taux de demandes de services traitées dans les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 95 | 90 | 105,5 | 90 | 105,5 |
| | **1.45.04.06-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — | NA | 90 | NA | 90 | NA |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Déficience physique | **1.45.04.07-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | 93,2 | 90 | 103,5 | 90 | 103,5 |
| | **1.45.04.08-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | 98,9 | 75 | 131,8 | 90 | 109,8 |
| | **1.45.45.00-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le plan d'accès — TOUTE DÉFICIENCE — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 94,2 | 90 | 104,7 | 90 | 104,7 |
| | **1.45.45.02-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le plan d'accès — TOUTE DÉFICIENCE — TOUT ÂGE —URGENCE | 100 | 90 | 111,1 | 90 | 111,1 |
| | **1.45.45.03-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le plan d'accès — TOUTE DÉFICIENCE — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | 92,7 | 90 | 103 | 90 | 103 |
| | **1.45.45.04-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le plan d'accès — TOUTE DÉFICIENCE — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | 96,2 | 75 | 128,2 | 90 | 106,8 |
| Déficience intellectuelle et TED | **1.45.05.01-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 88,8 | 90 | 98,6 | 90 | 98,6 |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Déficience intellectuelle et TED | **1.45.05.02-PS** Pourcentage de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE —URGENCE | NA | 90 | NA | 90 | NA |
| | **1.45.05.03-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | 91,7 | 90 | 101,8 | 90 | 101,8 |
| | **1.45.05.04-PS** Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | 88,2 | 75 | 117,6 | 90 | 98 |
| | **1.45.05.05-PS** Pourcentage de respect des délais de services dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 93,2 | 90 | 103,5 | 90 | 103,5 |
| | **1.45.05.06-PS** Pourcentage de respect des délais de services dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE —URGENCE | 100 | 90 | 111,1 | 90 | 111,1 |
| | **1.45.05.07-PS** Pourcentage de respect des délais de services dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | 84,6 | 90 | 94 | 90 | 94 |
| | **1.45.05.08-PS** Pourcentage de respect des délais de services dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | 93,6 | 75 | 124,8 | 90 | 104 |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dépendance | **1.07.04-PS** Pourcentage de personnes évaluées pour leurs dépendances dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins | 68,5 | ND | NA | 80 | 85,6 |
| | **1.07.05-PS** Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique dans les CSSS | 342 | ND | NA | NA | NA |
| Santé mentale | **1.08.05-PS** Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont bénéficié de tels services | 91 | 338 | 26,9 | ND | NA |
| | **1.08.06-PS** Nombre de places en services de suivi intensif dans leur milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont bénéficié de tels services | 99 | 100 | 99 | ND | NA |
| | **1.08.09-PS** Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale dans les CSSS mission CLSC | 4430 | 4303 | 102,9 | ND | NA |
| Santé physique – Séjour à l'urgence | **1.09.01-PS** Séjour moyen sur civière | 20,35 | 12 | 30,3 | 12 | 30,3 |
| | **1.09.03-PS** Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière | 5,68 | ND | NA | 1 | 0 |
| | **1.09.31-PS** Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière | 33,74 | ND | NA | 15 | 0 |
| Santé physique – Soins palliatifs – Radio-oncologie | **1.09.07-PS** Proportion de patients traités dans un délai de 28 jours ouvrables en radio-oncologie | NA | 90 | NA | 90 | NA |
| | **1.09.33-PS** Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ouvrables ou moins | 75,1 | 90 | 79,7 | 90 | 79,7 |
| Santé physique – Hémodynamie – Chir. card. - Électrophysiologie | **1.09.08A-PS** Pourcentage de demandes de services satisfaites dans les délais établis en hémodynamie – Catégorie A | 100 | 100 | 99,8 | 100 | 99,8 |
| | **1.09.08B-PS** Pourcentage de demandes de services satisfaites dans les délais établis en hémodynamie – Catégorie B | 100 | 90 | 111,1 | 90 | 111,1 |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santé physique – Chirurgie - Nombre | **1.09.32.01-EG2** Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 année pour une arthroplastie totale de la hanche | 0 | 0 | 100 | 0 | 100 |
| | **1.09.32.02-EG2** Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 année pour une arthroplastie totale du genou | 0 | 0 | 100 | 0 | 100 |
| | **1.09.32.03-EG2** Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 année pour une chirurgie de la cataracte | 0 | 0 | 100 | 0 | 100 |
| | **1.09.32.04-EG2** Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 année pour une chirurgie d'un jour | 45 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | **1.09.32.05-EG2** Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 année pour une chirurgie avec hospitalisation | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santé physique – Chirurgie – Durée de l'attente | **1.09.20.01-PS** Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche | 40,8 | ND | NA | 90 | 45,4 |
| | **1.09.20.02-PS** Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou | 64 | ND | NA | 90 | 71,1 |
| | **1.09.20.03-PS** Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte | 99,6 | ND | NA | 90 | 110,6 |
| | **1.09.20.04-PS** Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour | 82,2 | ND | NA | 90 | 91,3 |
| | **1.09.20.05-PS** Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central de gestion de l'accès traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation | 89,2 | ND | NA | 90 | 99,1 |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ressources humaines | **3.01-PS** Ratio du nombre d'heures payées par l'assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées | 6,51 | 5,54 | 82,4 | 5,16 | 73,8 |
| | **3.05.01-PS** Pourcentage d'heures supplémentaires des infirmières | 4,61 | 4,39 | 94,8 | 4,07 | 86,6 |
| | **3.05.02-PS** Pourcentage d'heures supplémentaires du personnel du réseau | 2,94 | 2,87 | 97,5 | 2,67 | 89,9 |
| | **3.06.01-PS** Pourcentage de recours à de la main-d'œuvre indépendante par les infirmières | 6,22 | 8,95 | 130,5 | 7,46 | 116,6 |
| | **3.06.02-PS** Pourcentage de recours à de la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires | 3,46 | 7,19 | 151,8 | 6,05 | 142,7 |
| | **3.06.03-PS** Pourcentage de recours à de la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires | 1,87 | 2,87 | 134,7 | 2,09 | 110,3 |
| Urgences (Désencombrement) | **4.01.01-EG2** Nombre moyen de patients par centre hospitalier (CH) en processus ou en attente d'évaluation ou d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) | 20,7 | 3 | 0 | NA | NA |
| | **4.01.02-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de CD | 3 | 3 | 99,9 | NA | NA |
| | **4.01.03-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de CD | 4,5 | 3 | 50,4 | NA | NA |
| | **4.01.04-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de CD | 5,4 | 3 | 20,3 | NA | NA |
| | **4.01.05-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de CD, excluant la santé mentale | 19,3 | 3 | 0 | NA | NA |

| | Indicateur | Valeur cumulative P-13 | Engagement 2011-2012 | % Engagement | Cible 2015 | % Cible |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Urgences (Désencombrement) | **4.01.06-EG2**<br>Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de CD, excluant la santé mentale | 11,5 | 3 | 0 | NA | NA |
| | **4.01.07-EG2**<br>Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de CD | 3,6 | 3 | 79,7 | NA | NA |
| | **4.01.08-EG1**<br>Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS) des 75 ans et plus | 5,59 | 4,99 | 88 | NA | NA |

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

**DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de (nom de l'agence) :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signé à LAVAL le 12-08-05 2012

Nom : S. Lemay

Titre : Président(e)-Directeur/trice général(e)

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION - CHAPITRE III PRIORITÉS RÉGIONALES**

| | URGENCES (DÉSENCOMBREMENT) |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | Respecter la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS) pour chacune des catégories |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **4.01.01-EG2** Nombre moyen de patients par centre hospitalier (CH) en processus ou en attente d'évaluation ou d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD) | 11,1 | 3 | 20,7 |
| **4.01.02-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de CD | 3,6 | 3 | 3 |
| **4.01.03-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de CD | 2,3 | 3 | 4,5 |
| **4.01.04-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de CD | 6,5 | 3 | 5,4 |
| **4.01.05-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de CD, excluant la santé mentale | 13,8 | 3 | 19,3 |
| **4.01.06-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de CD, excluant la santé mentale | 14,2 | 3 | 11,5 |
| **4.01.07-EG2** Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de CD | 1,9 | 3 | 3,6 |
| **4.01.08-EG1** Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du centre hospitalier de services généraux et spécialisés (CHSGS) des 75 ans et plus | 6,12 | 4,99 | 5,59 |

## COMMENTAIRES

Indicateur 4.01.01-EG2 non atteint
Indicateur 4.01.05-EG2 non atteint
Indicateur 4.01.06-EG2 non atteint
Indicateur 4.01.07-EG2 non atteint
Indicateur 4.01.08-EG2 partiellement atteint

- En ce qui concerne les patients en attente d'évaluation ou d'orientation et occupant des lits de courte durée, l'absence de professionnels psychosociaux durant cet hiver et l'engorgement quasi permanent du CH n'ont pas aidé à atteindre la cible.
- Le manque de lits de longue durée dans la région, tant dans les ressources non institutionnelles que dans les CHSLD, rend difficile le respect des engagements concernant les patients en attente de centre d'hébergement ou de ressources non institutionnelles, et ce, malgré les nombreuses actions menées au cours de l'année 2011 2012. L'ouverture d'un centre d'hébergement de transition de 10 places, en mars 2012, ainsi que le développement de l'établissement l'Éclosion, en décembre 2011, permettront de réduire l'occupation des lits de courte durée par une clientèle en fin de soins actifs.
- L'implantation du continuum de service psychosocial CSL-SAD, la mise en œuvre d'une « approche interdisciplinaire au RCNE », l'implantation de la planification de départ à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et les résultats observés sur la clientèle, à la suite de la mise en place du programme de mobilité et de marche, ainsi que toutes les autres mesures prises par l'équipe des soins à domicile – personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (SAD–PPALV) pour favoriser l'hébergement à partir du domicile, ont permis une nette diminution du taux de déclaration en hébergement des personnes âgées de 75 ans et plus.
- En ce qui a trait à l'attente d'une place dans les ressources non institutionnelles (RNI), on a ouvert cinq nouvelles places en ressources institutionnelles (RI). En raison de l'insuffisance du nombre de places, les usagers peuvent rester sur la liste d'attente pendant plusieurs années. Toutefois, la révision de cette liste a permis d'en retirer 11 usagers. En dépit de ce retrait, 31 usagers attendaient une place dans une RNI au 31 mars 2011, comparativement à 28 en 2010. Quant à l'attente d'une place en réadaptation pour toute clientèle SP ou DP, le plan d'accès montre un respect de 100 % des standards pour la clientèle DM adulte, à l'Hôpital juif de réadaptation. Enfin, les délais d'attente pour l'admissibilité ont enregistré une diminution, passant à 4,7 jours en 2011-2012 comparativement à 6,3 en 2010-2011. Quatre lits supplémentaires ont également été dressés à la période 12.
- Le CRDI a mis plusieurs moyens en place pour éviter les hospitalisations à l'urgence et réduire le temps d'occupation des lits des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), grâce à la création d'équipes RNI et RNI+ qui ont soutenu concrètement les responsables de RNI. Aussi, les membres du personnel du CRDI ont assuré un soutien ajusté aux besoins des ressources qui hébergent des usagers requérant une offre de service plus complexe. À cela, il faut ajouter l'augmentation d'une spécialiste en activités cliniques qui apporte un soutien aux éducateurs travaillant notamment avec des usagers aux besoins complexes, de même que la collaboration professionnelle avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). Au cours de la dernière année, le CRDI a travaillé en étroite collaboration avec les différentes directions du CSSS afin de dénouer plusieurs situations complexes qui touchaient l'orientation résidentielle des personnes.
- Le nombre de demandes traitées par l'équipe liaison du Centre de réadaptation en dépendance de Laval s'élève à 207 pour la période 2011-2012.
- La mise en place d'un comité piloté par la Direction générale du CSSS, depuis juin 2011, qui se réunit hebdomadairement, permet d'assurer un suivi étroit des écarts aux cibles pour la clientèle en attente de services et occupant des lits de courte durée.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE III PRIORITÉS RÉGIONALES**
(Cette fiche est liée à celle du Chapitre IV qui traite de l'objectif de résultats 2.4.2.)

| AXE D'INTERVENTION | SOUTIEN À DOMICILE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | Augmenter de 10 % d'ici 2015 le nombre d'heures de services de soutien à domicile de longue durée aux personnes âgées, aux personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED), sans budget supplémentaire |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | • Production d'un plan d'action pour le 30 septembre 2011<br>• Augmentation de 5 614 heures de services de soutien à domicile de longue durée (*ce 2e engagement sera commenté avec l'objectif 2.4.2*) |

## COMMENTAIRES

Le plan d'action pour l'optimisation des SAD de longue durée et le Plan de services intégrés (PSI) – SAD-PALV a été déposé le 30 septembre 2011. En P-13 de 2011-2012, nous observons les résultats suivants :

**1.Une augmentation globale des heures de services directs à domicile à L'INDICATEUR 1.3.5**
- Augmentation de 29 423 heures de services directs à domicile supérieure par rapport à l'an passé réparties de la façon suivante :
- PALV – augmentation de 31 554 heures (+15,4 % pour les heures de SAD-PALV)
- DP – diminution de 911 heures (-0,7 % pour les heures de SAD-DP)
- DI-TED – diminution de 1 220 heures (-4,8 % pour les heures de SAD-DI-TED)
- Augmentation de 13 989 heures (3,7 %) par rapport à l'année de référence (2009-2010) répartie comme suit :
- PALV – augmentation de 21 106 heures (+9,8 % pour les heures en PALV)
- DP – diminution de 3 268 heures (-2,5 % pour les heures en DP)
- DI-TED – diminution de 3 849 heures (-13,7 % pour les heures en DI-TED)

**2. Une contribution de 3 040 heures de services à domicile fournis par des organismes communautaires pour soutenir les proches aidants d'aînés (PSI – SAD).**
Globalement, la région de Laval enregistre donc une augmentation de 32 463 heures sur les 35 998 heures attendues, soit 90 % de la cible 2011-2012, réparties de la façon suivante :
- 5 614 heures (100 %) d'optimisation des SAD de longue durée.
- 14 950 heures (100 %) de développement des SAD, comme prévu dans l'engagement régional
  - *(Nous comptabilisons les 11 910 heures fournies par le CSSS de Laval et les 3 040 heures fournies par les organismes communautaires, mais non incluses dans l'indicateur 1.3.5)*
- 11 899 heures (77 %) des 15 434 heures de récupération des SAD de longue durée après la décroissance observée en 2010-2011, comme demandé par Sylvain Gagné dans sa lettre du 15 décembre 2011. Selon cette demande, il resterait un écart de 3 535 heures à récupérer en 2012-2013.

Il est à noter que l'Agence de Laval a documenté les 15 434 heures d'écart auprès de Mme Rachel Ruest *(lettre du 2 mai 2012)* et de M. Jean-François Dolbec (conférence téléphonique après un courriel du 10 avril 2012). En résumé, trois facteurs majeurs peuvent expliquer l'écart :

## COMMENTAIRES (SUITE)

- 6 130 heures en raison de la modification du calcul informatisé du transport avec le logiciel *Qualicod* ;
- 1 591 heures en raison de la réorganisation des prélèvements à domicile en 2009-2010 et en 2010-2011 ;
- Heures attribuables au soutien temporaire à la transformation en 2008-2009 et en 2009-2010. Selon la méthode d'analyse utilisée, on évalue l'écart à au moins 12 994 heures.

M[me] Ruest, dans sa lettre du 15 mai 2012, nous informe qu'il n'est pas possible d'accéder à la demande de l'Agence de Laval de modifier la cible d'optimisation des SAD dans l'entente de gestion 2012-2013, mais que ces informations seront prises en considération dans l'analyse de nos résultats par le MSSS.

**Pour les programmes en DP et en DI-TED**

En P-13, nous observons une augmentation des heures de services professionnels, une augmentation des heures d'aide à domicile par le personnel du CSSS de Laval et une augmentation des heures du CES pour la clientèle en DP, mais une diminution du total des heures consacrées à la clientèle ayant une déficience.

Ce résultat est lié à une diminution des heures de services achetés *(productivité à 100 %)*, tant en DP qu'en DI-TED, et à une diminution des heures fournies par le CES *(productivité à 100 %)* pour la clientèle en DI-TED.

| Heures SAD DP | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| Services professionnels | 11 009 | 10 226 | 11 649 |
| Aide à domicile (CSSS) | 34 287 | 35 399 | 38 054 |
| CES | 41 960 | 47 424 | 49 086 |
| Services achetés | 43 325 | 35 175 | 28 524 |
| **TOTAL** | **130 581** | **128 224** | **127 313** |

| Heures SAD DI-TED | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| Services professionnels | 3 138 | 3 185 | 3 751 |
| Aide à domicile (CSSS) | 3 545 | 3 583 | 3 926 |
| CES | 19 961 | 17 694 | 15 862 |
| Services achetés | 1 455 | 1 008 | 711 |
| **TOTAL** | **28 099** | **25 470** | **24 250** |

Ces modifications interviennent dans le cadre d'une révision des pratiques cliniques et d'une réorganisation du travail qui a contribué à l'amélioration de l'offre de service en 2010-2011. Cette révision semble avoir donné le maximum du rendement qu'on puisse en attendre. Des ressources humaines supplémentaires apparaissent désormais nécessaires.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

### ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE III PRIORITÉS RÉGIONALES

MESURES D'OPTIMISATION

| Sujet | Actions régionales | État d'avancement au 31 mars 2012 |
|---|---|---|
| La téléphonie IP | Élaborer le plan d'affaires, coordonner la migration, assurer la mise en œuvre et évaluer les bénéfices régionaux. | Élaboration d'un plan d'action avec les établissements de la région de Laval<br>• Proposition de scénarios régionaux |
| La téléphonie cellulaire | Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et évaluer les bénéfices. | Rencontre de suivi auprès de trois établissements |
| La visioconférence | Coordonner la migration régionale, assurer la mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et évaluer les bénéfices. | Élaboration d'un plan d'action avec les établissements de la région de Laval<br>• Prise en charge des sessions de visioconférence par le RUIS de l'Université de Montréal |
| Le courrier électronique | Élaborer le plan de migration, gérer le projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, réviser l'allocation des ressources et évaluer les bénéfices. | Élaboration d'un plan d'action avec les établissements de la région de Laval<br>• Préparation de la migration |
| La gestion du parc des postes de travail | Élaborer le plan triennal, gérer le projet, réviser l'allocation des ressources et évaluer les bénéfices. | Communication pour demander aux établissements de déposer leur plan d'action triennal pour le déploiement des postes en mode client léger (30 juillet 2012) |
| Le regroupement des centres de traitement de données | Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et évaluer les bénéfices. | Élaboration d'un plan 3L de regroupement de deux centres de traitement |
| Les services Info-Santé 811 | Collaborer à la transformation. Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS. | Les orientations ministérielles ont été statuées en cours d'année. Initialement, une hypothèse de regroupement 3L a été élaborée. Cette dernière ne suit pas les orientations ministérielles puisque les regroupements préconisés devraient avoir la même affiliation syndicale. Par ailleurs, Info-Santé Laval n'a pas respecté le coût moyen provincial. Deux raisons expliquent cette situation. Tout d'abord, ce sont les infirmières qui répondent pour l'aspect Info-Social, non disponible dans la région, ce qui prolonge les délais d'intervention téléphonique. Ce dépassement des délais de réponse est également observé dans les 7 autres régions n'ayant pas Info-Social. Par ailleurs, une partie du budget de fonctionnement a été utilisée pour atteindre l'équilibre budgétaire, mais a été imputée au code budgétaire d'Info-Santé. Des correctifs seront apportés dans l'année suivante. |

| Sujet | Actions régionales | État d'avancement au 31 mars 2012 |
|---|---|---|
| L'énergie | Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du Ministère. | Projet HJR autorisé par le MSSS |
| | Préparer des plans d'action régionaux en regard de l'efficacité énergétique et des émissions de gaz à effet de serre. | Projet CJL déposé auprès du MSSS et en attente d'autorisation |
| L'approvisionnement commun | Participation aux travaux demandés par le MSSS. | Fusion des Corporations S.O. |
| | Mise en application des orientations données. | Orientations signifiées par écrit aux établissements. |
| La clientèle soutien à domicile (PALV/ DP/DI/TED) | Élaboration d'un plan d'action par le CSSS de Laval. Mise en œuvre. | Plan d'action déposé le 30 septembre 2012. Augmentation des heures de services directs à domicile (indicateur 1.3.5), mais il n'est pas possible de départager, à ce jour, quelle portion relève de l'optimisation *(voir commentaires ci-dessous)*. |
| La réduction de la main-d'œuvre indépendante | Élaboration et révision continue d'un plan d'action par les établissements concernés. Mise en œuvre. | On observe une nette diminution des heures fournies par la main-d'œuvre indépendante dans quatre établissements sur sept, de 25 % pour le CSSS de Laval, de 81 % pour la Résidence Riviera, de 10 % pour le CHSLD Vigi L'Orchidée blanche et de 42 % pour le Centre d'hébergement Champlain Saint-François. |
| La réduction du temps supplémentaire | Élaboration et révision continue d'un plan d'action par les établissements concernés. Mise en œuvre. | En 2011-2012, dans le groupe du personnel infirmier, le ratio atteint était en deçà de la cible régionale fixée. Deux établissements sur sept se démarquaient, le CSSS de Laval et le Centre d'hébergement Champlain Saint-François. Ce dernier a connu une très importante diminution de 78 % des heures supplémentaires.<br><br>Quant au temps supplémentaire effectué par le personnel du réseau, on constate que l'on a atteint un ratio de 2,87, dépassant légèrement la cible de 2,85.<br><br>Les efforts se poursuivent pour atteindre la cible de diminution de 10 % demandée à tous les établissements concernés d'ici à 2014-2015. |
| La gestion de la présence au travail | Élaboration et révision continue d'un plan d'action par les établissements concernés. Mise en œuvre. | La cible régionale 2011-2012, qui avait été fixée à 5,54, n'a pu être atteinte.<br><br>La valeur projetée était de 6,48 pour l'ensemble des établissements de la région comparativement à 6,06 pour l'exercice financier 2010-2011.<br><br>Un plan d'action de la part des établissements visés par cette mesure est en vigueur. |
| La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs | Déterminer les processus locaux, régionaux et interrégionaux (pour Laval, les Laurentides et Lanaudière) présentant un potentiel d'optimisation. | |

## COMMENTAIRES

**La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)**
Selon l'indicateur 1.3.5, il y a une augmentation de :
- 29 423 heures de services directs à domicile supérieure par rapport à l'an passé
- 13 989 heures par rapport à l'année de référence.

| 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|---|---|---|
| 374 250 | 358 816 | 388 239 |

Le total des heures attendues pour 2011-2012 est 19 414 heures, soit 5 614 heures d'optimisation et 13 797 heures de développement.

Le MSSS a demandé de récupérer, d'ici à 2013, 15 434 heures à la suite de la décroissance observée en 2010-2011. Il est à noter qu'une demande a été adressée à M[me] Rachel Ruest afin d'annuler ce nombre d'heures à récupérer. Nous n'avons pas reçu de réponse à ce jour.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

### ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE III PRIORITÉS RÉGIONALES

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

| Sujet | Actions régionales | État d'avancement au 31 mars 2012 |
|---|---|---|
| Inscription aux guichets d'accès | Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles. | Tout est en place depuis plus d'un an. Un site Web a été créé pour l'inscription de la clientèle orpheline. |
| Déploiement des GMF | Leadership exercé par les CSSS. | Tous les GMF ont été installés. Trois autres projets d'installation sont en cours. |
| Durée moyenne de séjour à l'urgence | Fixation de la cible par l'Agence de Laval et élaboration d'une stratégie d'action. | Mise en place d'un plan d'amélioration régional qui tiendra compte des quatre axes prioritaires établis : les soins et les services de première ligne, l'intrahospitalier, le posthospitalier et l'hébergement. |
| Accès aux services spécialisés de chirurgie | Stratégie et plan d'action pour atteindre les objectifs. | Dépôt du plan d'action auprès du MSSS (équipe de l'accès). |
| Accès aux services d'endoscopie | Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD. Deuxième offre aux patients. | Mise en place d'un comité de suivi pour mettre en œuvre un plan d'action permettant d'augmenter le rendement du département. |
| Accès aux services d'imagerie | Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD. | Demande de révision du processus émise dans le cadre de l'ajout d'un 2e appareil d'IRM. |
| Accès au continuum de services (AVC) | Participation à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services. | Participation aux travaux du RUIS Montréal. Mise en place d'un comité directeur régional et de sous-comités. |
| Accès au continuum de services de cardiologie | Participation à la définition et à la mise en place des corridors de services. | Mise en place d'un projet d'identification pré hospitalière de l'infarctus aigu du myocarde (IPIM) visant un diagnostic plus rapide de l'infarctus du myocarde chez les patients transportés par ambulance. Le CSSS de Laval (hôpital de la Cité-de-la-Santé) a été désigné comme le centre suprarégional, ce qui lui confère une responsabilité dans la dispensation de soins de qualité en cardiologie, particulièrement dans les cas d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). |
| Accès au continuum de services pour la douleur chronique | Soutien à l'organisation de services et participation à la définition et à la mise en place des corridors de services. | Processus de nomination du centre régional en cours. Participation aux travaux du RUIS |
| Configuration des services médicaux | Collaboration et dépôt du PREM en spécialité 2012-2015. | Plan de déploiement des effectifs médicaux préparé et déposé au printemps de 2011. |

| Sujet | Actions régionales | État d'avancement au 31 mars 2012 |
|---|---|---|
| Laboratoires | Collaboration à l'opération provinciale. | Le taux d'avancement de la préparation du plan régional a été d'environ 30 %.<br>• Élaboration de la gouverne régionale en cours<br>• Établissement de l'état de la situation en cours<br>• Élaboration du plan d'action à venir<br>Le taux de participation aux rencontres ministérielles OPTILAB a été de 100 %. |
| Traumatologie | Soutien à l'évolution du processus d'optimisation.<br>Participation à l'implantation des mesures qui en découlent. | L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, en vertu de sa désignation de centre tertiaire de traumatologie, répond aux besoins de la clientèle lavalloise en matière de traumatismes graves et de polytraumatismes.<br>Les corridors de services, établis entre la région de Laval et celle de Montréal, sont structurés pour l'accessibilité ainsi que pour la continuité des soins et des services fournis à la population lavalloise. |
| L'accès aux services de santé mentale | Niveau d'atteinte du plan d'optimisation.<br>Dépôt du plan pour l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services. | Ne s'applique pas en 2011-2012 |
| L'accès aux services de psychiatrie légale | Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé. | Ne s'applique pas en 2011-2012 |

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE III PRIORITÉS RÉGIONALES**

| | ATTENTE DU PDG POUR LE RÉSEAU RÉGIONAL |
|---|---|
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | L'Agence de Laval se dotera d'un plan d'action conjoint régional/local/intersectoriel pour une sexualité saine et responsable. Ce plan abordera le continuum promotion-prévention-traitement et inclura les volets de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), l'amélioration de l'accès aux services *(15 24 ans, population vulnérable)* et l'élaboration d'un modèle régional de clinique jeunesse. |
| **Indicateur** | Élaboration d'un plan d'action régional conjoint de lutte contre les ITSS et de promotion d'une sexualité saine et responsable d'ici le 31 mars 2012 |

## COMMENTAIRES

**Non atteint**

Quoique plusieurs travaux aient été effectués en cours d'année, le plan d'action intersectoriel pour une sexualité saine et responsable et la prévention des ITSS n'est pas terminé.

Le dépôt d'une version préliminaire est prévu pour octobre et le dépôt de la version finale pour décembre 2012.

Entre les mois de mai 2011 et de mars 2012, les étapes suivantes ont été réalisées :
- Identification de la structure de gouverne du plan d'action ainsi que du mandat, des échéanciers, des modalités de travail et des partenaires à associer ;
- Sollicitation et engagement des partenaires régionaux et locaux, le CSSS de Laval, le Centre jeunesse de Laval, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Normand-Laramée, la Commission scolaire de Laval, le représentant des organismes communautaires de Laval, le Collège Montmorency ;
- Réalisation d'un portrait des services offerts par l'ensemble des établissements de la région, incluant une rencontre de validation et de bonification des résultats obtenus ;
- Organisation de trois rencontres de partenaires avec le Comité directeur *(une rencontre)* et le Comité de rédaction *(deux rencontres)*.

Pour permettre le dépôt de la version finale en décembre 2012, les étapes subséquentes restent à réaliser :
- Détermination des priorités régionales et locales à intégrer au plan d'action ;
- Rédaction d'une version préliminaire du plan d'action ;
- Validation, corrections et modification de la version préliminaire ;
- Dépôt de la version finale du plan d'action.

Les travaux liés au plan d'action et les travaux menés par le CSSS de Laval sont mis en relation étroite par une équipe de projet cherchant à établir un modèle régional de clinique jeunesse.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | ATTENTE DU PDG POUR LE RÉSEAU RÉGIONAL |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **1.1.1** Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP) |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | • Maintenir le taux d'implantation des activités du PNSP à 87 % de réalisation, tel qu'il a été évalué en mai 2011<br>• Intégration de l'approche « École en santé » dans plus 50,6 % des écoles du territoire<br>• 81,5 % des femmes ayant accouché et admissibles au programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont suivies.<br>*(Ces engagements sont également inscrits dans le Chapitre III Priorités régionales)* |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.01.20-PS**<br>Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP) | 87 % | 87 % | ND (évalué tous les 2 ans) |
| **1.01.12-EG2**<br>Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) | S. O. | 81,5 % | 79,5 % |
| **1.01.13-EG2**<br>Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) | 48,2 % | 50,6 % | 60,70 % |

| | |
|---|---|
| **Engagements du CSSS 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | • Maintien des activités implantées<br>• Mise en œuvre de nouvelles activités convenues avec la DSP. |

## COMMENTAIRES

**1.01.20** La cible a été atteinte en 2010-2011 et n'a pas fait l'objet de mesure d'évaluation en 2011 2012.
**1.01.12** Indicateur SIPPE Le résultat atteint en 2011-2012 (79,5 %) est de 2 % au-dessous de la cible (81,5 %) ; nous considérons donc que la cible est atteinte de façon satisfaisante. Néanmoins, force est de constater que le nombre de recommandations de mères admissibles au programme a diminué depuis l'année précédente ; les efforts pour favoriser le démarchage auprès des femmes ont diminué. Les mécanismes favorisant la recommandation de clients par nos partenaires régionaux sont à revoir *(médecins, centres locaux d'emploi, etc.)*. Un nouveau plan d'action régional SIPPE 2012-2016 est en cours de rédaction et l'une des cibles visées porte spécifiquement sur le démarchage auprès de la clientèle cible. Un comité de travail en est à déterminer les moyens pour atteindre cette cible.
**1.01.13** La cible a été atteinte et dépassée en 2011-2012.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DES SERVICES |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **1.1.2** Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne en donnant la priorité aux problèmes suivants :<br>• Infections transmissibles sexuellement et par le sang<br>• Habitudes de vie et maladies chroniques<br>• Chutes chez les personnes âgées<br>• Suicide |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Élaboration d'un plan de mise en œuvre destiné aux GMF pour le 31 mars 2012 |

## COMMENTAIRES

Ce plan d'action a été remis en question dans le contexte de l'instauration de la Table de concertation nationale en prévention clinique (TCNPC). Notre participation à la Table permettra de coordonner nos travaux régionaux sur les pratiques cliniques préventives (PC) avec la démarche de l'ensemble des régions et du MSSS. Par ailleurs, l'Agence de Laval a inclus les PCP dans son cadre de référence sur la prévention et la gestion des maladies chroniques à Laval 2011-2016 *(inclusion adoptée par le conseil d'administration de l'Agence de Laval le 11 juin 2012)*. Des travaux avec la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services multidisciplinaires (DSM) du CSSS de Laval ont été entrepris afin d'évaluer et de consolider l'offre de service en entretien motivationnel dans la région. Nous pensons pouvoir atteindre sans problème 85 % des PCP en 2015.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.1.2** Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents) Élaboration d'un plan de mise en œuvre destiné aux GMF pour le 31 mars 2012 |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Implantation de 2 GMF-réseau |

## COMMENTAIRES

Le premier GMF-réseau est en place. Le deuxième sera accrédité au CA de juin 2012.

L'engagement a donc été tenu.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | SERVICES PSYCHOSOCIAUX |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.1.4** Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, recommandation-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Dépôt à l'Agence de Laval, par le CSSS de Laval, d'un rapport d'analyse, pour décembre 2011, déterminant la réorganisation requise au CSSS de Laval relativement à la mise en place du service |

## COMMENTAIRES

Une réorganisation des services psychosociaux a été menée à l'hiver de 2012. Cette réorganisation a permis la mise en place d'un service téléphonique centralisé pour répondre aux questions psychosociales ainsi que la révision des services en suivi psychosocial au sein des Services généraux.

L'Accueil Première ligne est maintenant l'organe qui répond aux demandes de la clientèle concernant les services sociaux ou médicaux de première ligne. Les intervenants psychosociaux de l'accueil répondent aux demandes d'information, analysent la demande, déclenchent les interventions de crise *(au besoin)* et orientent la clientèle vers les services du CSSS de Laval ou les organismes faisant partie du réseau local de services.

L'Accueil Première ligne est entré en service le 10 avril 2012 et il est en opération de 8 h à 20 h pendant la semaine et de 9 h à 17 h durant les fins de semaine et les jours fériés.

La mise en place de cette nouvelle équipe de travail multidisciplinaire *(travailleurs sociaux et infirmières)* était un préalable à l'évaluation de la mise en place d'une réponse psychosociale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

À l'automne de 2012, le CSSS de Laval fera l'évaluation des ressources supplémentaires nécessaires pour offrir une réponse psychosociale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.2.2** Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches ***(coquille dans l'entente – est inscrit au point 2.2.1)*** |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Dépôt auprès de l'Agence par le CSSS de Laval, pour septembre 2011, d'une proposition d'amélioration du processus de recommandation et des critères d'accès à une infirmière pivot en oncologie (IPO) |

## COMMENTAIRES

L'engagement régional a été tenu.

Le CSSS de Laval a déposé auprès de l'Agence de Laval un document portant sur l'élargissement de l'offre de service des infirmières pivots en oncologie (IPO) afin de répondre à l'objectif de la Direction québécoise du cancer (DQC). Le processus de recommandation et les critères d'accès à une IPO ont été révisés et bonifiés. Par ailleurs, la clarification du rôle des IPO a contribué à améliorer la compréhension de l'importance de ces professionnelles au sein des équipes. Le taux d'adhésion des médecins à la démarche a été satisfaisant.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.2.3** Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté ***(coquille dans l'entente – est inscrit au point 2.2.2)*** |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Confirmation du programme de recommandation en négligence retenu conjointement par le Centre jeunesse de Laval et le CSSS de Laval d'ici à novembre 2011.<br>Maintien de l'accès au Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (Accès-Cible), déjà existant à Laval conformément aux standards. |

## COMMENTAIRES

**Le programme Accès-Cible est maintenu et bonifié**
Depuis les deux dernières années, un comité de suivi de la trajectoire de crise pour les jeunes lavallois, chapeauté par la Table Jeunes en difficulté du COCRSI *(comité d'orientation et de coordination du réseau de service intégré)*, est en place dans la région afin de s'assurer que l'offre de service déployée est conforme aux standards de pratique reconnus et est bien diffusée auprès des partenaires.

**Le programme d'intervention en négligence est en cours d'élaboration**
Inspiré en grande partie du PAPFC2 du Réseau Parent-Aise ainsi que d'autres programmes jugés prometteurs, le programme d'intervention en négligence lavallois valorisera les activités déjà en place dans la région et proposera de nouvelles voies assurant une offre de service intégrée et adaptée aux besoins de la clientèle vivant dans un contexte de négligence.

Les travaux ont débuté en septembre de 2011 avec l'embauche d'une gestionnaire de projet par le CSSS de Laval et le Centre jeunesse, à raison de 2 jours par semaine jusqu'en septembre de 2012. Elle travaille étroitement avec le comité stratégique mis en place depuis juin 2011 par le comité directeur des deux établissements concernés.

Il est prévu que l'offre de service pour la clientèle des 0-4 ans et leur famille débutera en septembre 2012, alors que celle pour les 5-12 ans interviendra un an plus tard, en septembre de 2013. Une phase importante d'appropriation et de mobilisation s'est déroulée avec l'ensemble des partenaires entre septembre 2011 et février 2012.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.2.5** Assurer aux personnes qui le requièrent des services en santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Maintien de l'offre de service en santé mentale de première ligne aux jeunes et aux adultes dispensée en 2010-2011 en rejoignant à tout le moins en 2011-2012 le même nombre de personnes |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.08.09-PS**<br>Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC) | S. O. | 4 303 | 4 430 |

## COMMENTAIRES

La cible 2011-2012 a été atteinte.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.2.6** Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Maintien à tout le moins du même nombre de places offertes que l'année précédente mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont bénéficié d'un suivi intensif dans le milieu (SIM).<br><br>Maintien à tout le moins du même nombre de places offertes que l'année précédente mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont bénéficié de services de soutien d'intensité variable (SIV). |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.08.05-PS**<br>Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont bénéficié de ces services | S. O. | 338 | 91 (CSSS) + 333 (CILL) |
| **1.08.06-PS**<br>Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont bénéficié de ces services | 90 | 100 | 99 |

## COMMENTAIRES

Les deux cibles (SIM et SIV) ont été atteintes. Pour une croissance du SIM, le financement d'une troisième équipe est impératif, ce qui compléterait également l'ajout de deux psychiatres au PREM.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.2.7** Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Opération fonctionnelle, d'ici mars 2012, d'un mécanisme de repérage à l'accueil psychosocial de toutes les installations CLSC du CSSS de Laval avec l'utilisation de différentes grilles Dépistage/évaluation du besoin d'aide (DÉBA). |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.07.05-PS** Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS | S. O. | ND | 342 |

## COMMENTAIRES

Suite à la formation en 2010 en dépendances du MSSS sur le repérage, l'accueil, l'évaluation avec l'outil DÉBA et l'orientation des clients vers les ressources appropriées, le CSSS de Laval assure les interventions de première ligne.

**Adultes**
À l'hiver de 2012, il y a eu une réorganisation des services psychosociaux généraux. L'accueil des demandes psychosociales se fait dorénavant à l'Accueil Première ligne du CSSS de Laval.

Dans une situation où une dépendance est soupçonnée *(drogue, jeu, alcool)*, les intervenants de l'Accueil Première ligne sont aptes à utiliser le DÉBA afin d'orienter la clientèle vers les ressources appropriées.

Plusieurs intervenants en suivis psychosociaux sur les différentes installations CLSC peuvent également utiliser l'outil DÉBA lorsqu'une dépendance est détectée au cours d'un suivi psychosocial.

**Jeunes**
Dans le cadre des travaux du projet clinique, nous sommes en train de mettre en œuvre une entente de complémentarité, avec les commissions scolaires et le Centre de réadaptation en dépendance Laval, dans l'offre de services en dépendance jeunesse.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE ET LEUR FAMILLE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.2.8** Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille. Confirmation du programme de recommandation en négligence retenu conjointement par le Centre jeunesse de Laval et le CSSS de Laval d'ici à novembre 2011. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Élaboration d'un document présentant les orientations relativement au Plan de services intégrés (PSI) en termes de définition du concept, des responsabilités de chacun et des processus requis. Conformité des établissements aux orientations retenues. |

## COMMENTAIRES

- Un cadre de référence régional pour le PSI a été établi avec les gestionnaires de l'accès des établissements à l'occasion de rencontres statutaires. Ce cadre de référence précise la définition du PSI, la personne qui coordonne le PSI et les situations qui nécessitent l'élaboration d'un PSI. L'outil de rédaction a été choisi, c'est celui utilisé actuellement auprès de la clientèle DP, DI-TED jeunesse.
- Une formation régionale sur le PSI en déficience pour la clientèle jeunesse est offerte en permanence.
- Un besoin de partager la vision, les outils et la formation avec l'ensemble des programmes de services *(programme jeunesse, SGFCL, SMA, et PALV)* a été constaté.
- La saisie de données du I-CLSC ne permet pas de comptabiliser le nombre de PSI réalisés dans l'année.
- Le système SIPAD permet de comptabiliser le nombre de PSI. Cependant, pour des raisons techniques, la révision du PSI a dû se faire dans le module PI jusqu'à tout dernièrement. Il n'est donc pas possible de comptabiliser le nombre de PSI réalisés durant l'année 2011-2012.
- Le système SIPAD n'est pas déployé à l'Hôpital juif de réadaptation (HJR). L'outil Excel, actuellement utilisé, ne permet pas de comptabiliser le nombre de PSI.
- En résumé, les travaux réalisés permettent d'informer les intervenants sur les bonnes pratiques quant à l'utilisation du PSI. L'orientation prônée change la pratique inscrite dans la culture du CRDI depuis plusieurs années et demandera une période d'appropriation de la part des gestionnaires et des intervenants de tous les établissements.
- L'outil informatique est indispensable à la réalisation de cette cible. Comme il manque ou n'est pas optimisé dans certains établissements, il est impossible d'analyser les résultats quantitatifs. Ne sachant pas combien de PSI ont été réalisés régionalement, nous ne pouvons en prévoir l'augmentation.
- Si on ne dispose pas des outils informatiques nécessaires, cette situation persistera en 2012-2013.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.3.1** Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) en perte d'autonomie dans chaque territoire local, en favorisant le mode d'implantation défini dans les lignes directrices du MSSS. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | 75 % des usagers desservis ont un profil ISO-SMAF en ayant déployé l'outil RSIPA-L1. Engagement de 68,05 % d'implantation |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.03.06-PS**<br>Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les autres réseaux. | 67,05 % | 68,05 % | 67,69 % |

## COMMENTAIRES

En P-13, la cible n'est pas complètement atteinte. En fait, depuis trois ans, les résultats de l'OSI-RSIPA sont sensiblement les mêmes et indiquent que le CSSS a des difficultés à poursuivre l'implantation du réseau de services intégrés.

| | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| OSI-RSIPA | 69,59 % | 67,05 % | 67,69 % |

Dans la dernière année, certaines composantes
- se sont améliorées : le système de communication, la gestion de cas, le système d'évaluation des besoins (outil d'évaluation multiclientèle – OEMC) et les mécanismes de coordination.
- sont restées stables : une personne responsable, une équipe de gériatrie, un mécanisme d'accès unique au RSIPA.
- Ont pris du retard : le PI/PSI et le médecin de famille.

- Quatre facteurs peuvent expliquer la difficulté du CSSS de Laval à déployer davantage son réseau de services intégrés :
  - Le roulement du personnel, y compris les cadres supérieurs.
  - Les efforts pour atteindre les cibles d'optimisation du Soutien à domicile.
  - L'adaptation aux changements engendrés par le déploiement de la solution informatique RSIPA en 2011-2012.
  - L'adaptation aux changements engendrés par les nouveaux critères d'accès aux programmes pour les personnes âgées.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## COMMENTAIRES

- Laval prévoit se doter d'un cadre de référence régional pour le RSIPA
  - L'Agence de Laval a demandé au CSSS de Laval un plan d'action à la suite de la mesure de l'OSI-RSIPA afin d'assurer l'amélioration les quatre composantes ciblées dans l'Entente de gestion 2012-2013 – les mécanismes de coordination et de concertation, un système d'évaluation des besoins, le guichet unique et la gestion de cas.
  - De concert avec d'autres programmes de services, une réflexion régionale sur les PI/PSI sera amorcée en 2012-2013.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | ADAPTATION DES SERVICES |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **1.3.2** Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Dépôt en mai 2011 auprès de l'Agence de Laval par le CSSS de Laval d'un rapport établissant le diagnostic organisationnel et d'un plan d'action présentant les cibles d'amélioration et les indicateurs de suivi.<br>Mise en œuvre du plan d'action par le CSSS de Laval. |

## COMMENTAIRES

- L'établissement a procédé à son diagnostic organisationnel qui a été déposé auprès de l'Agence de Laval avec une analyse. Des pistes d'action ont également été fournies à l'Agence. La confirmation des indicateurs de suivi a été reportée dans l'attente du tableau de bord du Ministère.

  L'établissement a poursuivi l'implantation des préalables à l'AAPÂ. Actuellement, le programme de mobilité a été implanté avec succès dans 14 des 15 unités de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé. Le CSSS de Laval a également travaillé à l'amélioration du suivi systématique des personnes repérées à l'urgence. L'orientation actuelle est d'intégrer le suivi de l'AINÉE pour toutes les personnes de 75 ans ou plus qui sont hospitalisées.

- Dans la 15e unité, des facteurs organisationnels ont conduit au report de l'implantation du programme au-delà du délai du 31 mars 2012. L'implantation sera réalisée sous peu. En attendant, il est à noter que le taux d'hébergement s'est amélioré à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette amélioration et nous croyons que les progrès dans l'implantation du programme de mobilité contribuent à cette amélioration.

- À la suite de la diffusion d'un bilan provincial, le 3 mai 2012, nous avons été informés que le résultat du diagnostic organisationnel pour la région de Laval se situe en dessous de la moyenne provinciale.

  Il est important de maintenir l'enjeu de l'AAPÂ au rang de priorité organisationnelle malgré les changements de directeurs au CSSS de Laval.

  Il est essentiel, pour « faire autrement » sans supplément de financement, que les services des différentes directions dont la Santé physique et la PALV, collaborent étroitement à la réussite du projet tant au CSSS de Laval qu'à l'Agence de Laval. Le changement de culture recommandé dans le cadre de référence élaboré par les instituts universitaires constitue un défi de gestion majeur.

- Le suivi régional du projet sera révisé avec l'introduction du nouveau tableau de bord fourni par le MSSS pour la reddition de comptes.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.4.2** Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants. |
| **Priorité régionale inscrite au Chapitre III** | Augmentation de 5 614 heures de services de soutien à domicile de longue durée. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Augmentation du nombre d'heures de services de soutien à domicile et du nombre de personnes soutenues par rapport à l'année précédente. |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.03.05 -01-PS**<br>Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée fournies par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC) | S. O. | 379 863 | 388 606 |

## COMMENTAIRES

1. En P13- 2010-2011-DI-TED- Services à domicile
   - services professionnels : 3170 heures d'intervention pour 929 usagers DI-TED *(moyenne de 3,41 heures/usager)*
   - heures d'aide : 3 583 heures par personnel du CSSS de Laval; 17 693,5 heures par CES; 1 008 heures de services achetés; *Total* ***25 454,5*** *heures de services*

   En P13 2011-2012-DI-TED Services à domicile
   - services professionnels : 3 751 heures d'intervention pour 992 usagers DI-TED *(moyenne de 3,78 heures/usager)*
   - heures d'aide : 3 926 heures par personnel du CSSS de Laval; 15 861,8 heures par les CES; 711 heures de services achetés; *Total* ***24 249,8*** *heures de services*
2. Avec un accroissement de 18 % des heures de services professionnels et de 7 % du nombre d'usagers, la moyenne des heures de services a légèrement augmenté, passant de 3,31 à 3,78 heures/usager.
3. Au total, les heures de services pour les SAD ont diminué de 4,7 % entre 2010-2011 et 2011-2012.
4. La révision des pratiques cliniques et la réorganisation du travail ont contribué à l'amélioration de l'offre de services en 2010-2011. Ces révisions semblent avoir donné le maximum du rendement qu'on pouvait en attendre. De nouvelles ressources humaines apparaissent maintenant nécessaires.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **2.4.3** Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités importantes et persistantes *(personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)* |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Production d'un document, pour novembre 2011, établissant le continuum des milieux résidentiels et incluant le portrait des ressources et des besoins des personnes en attente.<br>Élaboration, pour mars 2012, d'un plan d'optimisation de l'utilisation des milieux résidentiels existants. |

## COMMENTAIRES

**CSSS**

- La cible a été partiellement atteinte. Sous la coordination du CRDI, un document a été rédigé en partenariat avec le CJ, l'HJR et le CSSS de Laval (programmes SGFCL, SMA et PALV), établissant le portrait de la situation actuelle et la possibilité d'optimisation quant au recrutement de ressources résidentielles. La version finale du portrait et des pistes d'optimisation devrait être disponible sous peu.
- Un tableau périodique du nombre de places en ententes de service et en RNI est produit par la direction des finances et suivi par le chef du service régional d'admission et de développement des RNI.
- 88 places en RI-PALV, prévues dans le plan de développement, ont été ajoutées à la suite de l'appel d'offres de janvier 2012. En attendant la construction, ces places sont ouvertes de façon temporaire auprès de différents partenaires.
- 10 places transitoires ont été ouvertes en SMA. Une ébauche de cadre de référence pour l'hébergement en SMA a été produite.

**CRDI**

- La cible a été partiellement atteinte. Un continuum de milieux résidentiels a été élaboré.
- 10 places ont été ouvertes en RI.
- Un plan de formation à l'intention des responsables et du personnel des RNI a été élaboré afin de les aider à mieux comprendre les besoins de la clientèle et ainsi de faciliter la mobilité lors du pairage.
- L'optimisation du parc résidentiel n'est pas terminée. Le développement de nouveaux modèles résidentiels reste à effectuer.
- La liste d'attente reste longue.

**HJR**

- La cible a été partiellement atteinte.
- 5 places ont été ouvertes en RI.

**CJ**

- Aucun ajout prévu.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.1** Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :<br>• pour les personnes dont la demande est urgente, 3 jours<br>• pour les personnes dont la demande est de priorité élevée, 30 jours en CSSS et 90 jours en CR<br>• pour les personnes dont la demande est de priorité modérée, 1 an |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.45.04.01-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 79,8 | 90 % | 90,6 % |
| **1.45.04.02-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — URGENCE | S. O. | 90 % | 100 % |
| **1.45.04.03-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | S. O. | 90 % | 88,1 % |
| **1.45.04.04-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | S. O. | 75 % | 92,5 % |
| **1.45.04.05-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | S. O. | 90 % | 95 % |
| **1.45.04.06-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — URGENCE | S. O. | 90 % | S.O. |
| **1.45.04.07-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | S. O. | 90 % | 93,2 % |
| **1.45.04.08-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CRDP pour les personnes ayant une déficience physique — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | S. O. | 75 % | 98,9 % |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.45.05.01-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 88,9 % | 90 % | 88,8 % |
| **1.45.05.02-PS**<br>Pourcentage de demandes de services traités dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE —URGENCE | S. O. | 90 % | S.O. |
| **1.45.05.03-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | S. O. | 90 % | 91,7 % |
| **1.45.05.04-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, selon les délais standard définis dans le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | S. O. | 75 % | 88,2 % |
| **1.45.05.05-PS**<br>Pourcentage de respects des délais de services traités dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 96,1 % | 90 % | 93,2 % |
| **1.45.05.06-PS**<br>Pourcentage de respects des délais de services traités dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE —URGENCE | 100 % | 90 % | 100 % |
| **1.45.05.07-PS**<br>Pourcentage de respects des délais de services traités dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | 90,6 % | 90 % | 84,6 % |
| **1.45.05.08-PS**<br>Pourcentage de respects des délais de services traités dans les CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | 100 % | 75 % | 93,6 % |
| **1.45.45.00-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUT ÂGE — TOUTE PRIORITÉ | 90,7 % | 90 % | 94,2 % |
| **1.45.45.02-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUT ÂGE —URGENCE | S. O. | 90 % | 100 % |
| **1.45.45.03-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUT ÂGE — PRIORITÉ ÉLEVÉE | S. O. | 90 % | 92,7 % |
| **1.45.45.04-PS**<br>Taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI selon les délais standard définis dans le Plan d'accès — TOUTES DÉFICIENCES — TOUT ÂGE — PRIORITÉ MODÉRÉE | S. O. | 75 % | 96,2 % |

## COMMENTAIRES

- La liste d'attente des usagers en priorité modérée, non soumis aux standards (ou liste 3) a été résorbée dans tous les établissements. Les seuls clients non desservis sont ceux en attente d'un milieu d'hébergement.

- CSSS – Les résultats sont très satisfaisants ; c'est-à-dire légèrement en deçà ou en dessous de la cible. Le suivi périodique rigoureux des demandes ainsi que la gestion quotidienne des usagers en liste d'attente a permis ces résultats.

- CRDI – Toutes les cibles ont été dépassées à l'exception de celle des demandes de priorité élevée qui avoisine 85 %. Des 19 demandes de priorité élevée, 2 demandes ont été traitées hors des délais. L'un de ces traitements hors délai s'explique par la non-disponibilité de la famille au moment de l'assignation. L'autre concerne un usager qui a reçu ses services dans un délai supplémentaire de 8 jours.

- HJR – Toutes les cibles ont été largement dépassées.

- Le taux de demandes de services traitées dans les CSSS, les CRDP et les CRDI, selon les délais définis, n'a cessé de s'améliorer au cours des trois dernières années, passant de 78,8 % en 2009-2010, à 90,7 % en 2010-2011 et à 94,2 % en 2011-2012.

- Avec ce 94,2 %, Laval se classe en première position des régions du Québec, fruit d'un effort régional.

- Pour 2012-2013, compte tenu de l'augmentation marquée des demandes, chaque établissement estime ne pas être en mesure d'atteindre la cible pour les demandes de priorité modérée avec les ressources existantes.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.2** Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins. |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Dépôt auprès de l'Agence de Laval d'un rapport d'analyse et d'un plan d'action, pour mars 2012, afin d'assurer le maintien de l'accès tout au long de l'année. |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.07.04-PS**<br>Pourcentage de personnes qui sont évaluées en dépendance dans les centres de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins | 57 % | ND | 68,5 % |

## COMMENTAIRES

Engagement largement atteint (avec 68,5 %) en ce qui concerne le pourcentage de personnes évaluées en dépendance ; la cible des CRD pour l'année 2011-2012 étant de 20 %.

Les travaux sur la variabilité des résultats par rapport à la cible sont toujours en cours.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | MÉDECINE ET CHIRURGIE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.3** Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès à une chirurgie dans un délai de 6 mois. |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Développement de zones franches avec les régions limitrophes pour les patients hors délai pour une chirurgie d'un jour.<br><br>Implantation de 100 % des recommandations du MSSS concernant la révision des processus en chirurgie orthopédique. |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.09.20.01-PS**<br>Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche | 49 % | ND | 40,8 % |
| **1.09.20.02-PS**<br>Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou | 61,8 % | ND | 64 % |
| **1.09.20.03-PS**<br>Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte | S. O. | ND | 99,6 % |
| **1.09.20.04-PS**<br>Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour | 83,1 % | ND | 82,2 % |
| **1.09.20.05-PS**<br>Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation | 90,6 % | ND | 89,2 % |

## COMMENTAIRES

L'engagement concernant les délais pour une chirurgie de la cataracte a été dépassé. Celui de la chirurgie avec hospitalisation a été atteint tandis que ceux des PTH, PTG et CDJ n'ont pas été atteints. Afin d'améliorer les résultats par rapport aux cibles du mécanisme d'accès, les travaux de construction de deux nouvelles salles au bloc opératoire devraient débuter à l'été de 2012. Par ailleurs, différentes actions sont envisagées durant l'exercice 2012-2013, à savoir :

- La mise en œuvre de la zone franche avec le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes en CDJ ;
- La poursuite du développement d'une offre de rechange pour les patients en orthopédie, en collaboration avec le CH de Saint-Hyacinthe ;
- La poursuite des discussions avec l'Agence de Lanaudière pour les consultations en orthopédie au CH Le Gardeur ;
- La révision du suivi systématique en PTH-PTG.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | MÉDECINE ET CHIRURGIE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.4** Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Maintien de l'accès au service d'hémodynamie dans les délais établis par le MSSS |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.09.08A-PS**<br>Pourcentage de demandes de services satisfaites dans les délais établis en hémodynamie – Catégorie A | S. O. | 100 % | 100 % |
| **1.09.08B-PS**<br>Pourcentage de demandes de services satisfaites dans les délais établis en hémodynamie – Catégorie B | S. O. | 90 % | 100 % |

## COMMENTAIRES

Cible atteinte.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | MÉDECINE ET CHIRURGIE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.5** Assurer aux personnes atteintes de cancer les services dans un délai de 28 jours |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | 90 % des personnes traitées dans les 28 jours en radio-oncologie |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.09.07-PS** Proportion de patients traités dans un délai de 28 jours en radio-oncologie | S. O. | 90 % | S. O. |
| **1.09.33-PS** Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai de 28 jours ouvrables ou moins | S. O. | 90 % | 75,1 % |

## COMMENTAIRES

RADIO-ONCOLOGIE

Les activités de radio-oncologie ont commencé le 21 février 2012 avec deux appareils. Le déploiement de l'offre de services est progressif. Dès février 2013, le Centre intégré de cancérologie de Laval fonctionnera avec quatre accélérateurs et, en 2015, il pourra compter sur six accélérateurs linéaires pour servir la population.

Au 31 mars 2012, les résultats indiquent que 100 % des patients ont été traités dans un délai de 28 jours en radio-oncologie. La cible est dépassée. Le suivi de l'implantation du mécanisme d'accès en radio-oncologie sera assuré par les structures régionales de lutte contre le cancer mises en place.

CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

L'engagement signifié par la Direction de la lutte contre le Cancer du MSSS pour l'exercice 2011-2012 (70 %) a été dépassé par le CSSS de Laval. Ce dernier se distingue du reste du Québec par une bonne priorisation de la programmation des cas de chirurgie oncologique. Cependant, des efforts restent à accomplir afin d'atteindre la cible de la planification stratégique d'ici 2015 *(90 % des chirurgies effectuées dans un délai de 28 jours)*.

À cet effet, les travaux de construction de deux nouvelles salles au bloc opératoire débuteront à l'été de 2012 afin de permettre une augmentation de l'accès, notamment en chirurgie oncologique. Entre-temps, l'Agence de Laval accompagne l'établissement afin de recenser les cas oncologiques sur l'ensemble des requêtes.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | URGENCES |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.6** Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière<br>*Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent au respect de cet objectif. |
| **Priorités régionales (inscrites au Chapitre III)** | • La durée moyenne de séjour à l'urgence devra se situer en tout temps à moins de 12 heures.<br>• Il devra n'y avoir aucune personne ayant une durée de séjour de 24 heures ou plus. |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Élaboration d'un rapport d'analyse déterminant les zones d'amélioration pour la réduction des séjours supérieurs à 12 heures<br>Amélioration des résultats au regard des indicateurs relatifs aux fins de soins actifs par la mise en place de mesures en aval de l'urgence |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.09.31-PS**<br>Pourcentage de séjours de 24 heures ou plus sur civière | S. O. | ND | 33,74 % |
| **1.09.03-PS**<br>Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus sur civière | 6,18 % | ND | 5,68 % |
| **1.09.01-PS**<br>Séjour moyen sur civière | 20,73 h | 12 h | 20,35 h |

## COMMENTAIRES

Objectif non atteint.

On note toutefois une amélioration par rapport à l'année précédente pour chacun des indicateurs, et ce, malgré un alourdissement de la clientèle et des augmentations de l'ordre de plus de 5 % :
- de la moyenne de nouveaux clients alités par jour ;
- du nombre de visites ;
- du nombre total d'ambulances *(clients ambulants et alités)* ;
- des clients de 75 ans ou plus sur civière ;
- des clients de 65 à 74 ans sur civière ;
- des clients de moins de 65 ans sur civière.

Un projet d'optimisation des séjours des usagers du CSSS de Laval, l'hôpital de la Cité-de-la-Santé, a été mis en place. Ce projet repose essentiellement sur la gestion de l'utilisation des lits afin de diminuer leur temps de vacance dans la gestion des épisodes de soins et, finalement, sur l'optimisation des processus de l'urgence.

Le CSSS de Laval est inclus dans la révision des processus à l'urgence. Les démarches ont débuté à l'automne de 2011 et se poursuivent conformément au projet d'optimisation du MSSS.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.7** Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès :<br>• aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS dans un délai de 30 jours ;<br>• aux services spécialisés de deuxième et de troisième lignes dans un délai de 60 jours. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Production d'un rapport, pour le 31 mars 2012, présentant différents scénario d'amélioration de l'accès. |

## COMMENTAIRES

Pour les délais d'accès en première ligne, Infocentre ne peut pas fournir les données. Toutefois, on a pris des mesures pour diminuer le délai d'accès en première ligne :

- Travail actuel sur le partage des clientèles entre les services généraux et la santé mentale ;
- Mise en place d'un groupe d'accueil pour une prise de contact et une orientation rapides ;
- Mise sur pied d'un groupe « À bien y penser » pour les troubles anxieux et affectifs ;
- Révision de l'offre de services en première ligne et révision de l'accès au guichet.

Pour les délais d'accès aux services de deuxième et de troisième lignes, les changements organisationnels *(tant au CSSS de Laval qu'à l'HSCM)* ont hypothéqué considérablement la possibilité de rencontres entre les directions de santé mentale de ces deux établissements. En fait, une première rencontre s'est déroulée dernièrement *(donc après la clôture de l'année financière 2011-2012)*. Néanmoins, le nombre de clients en attente pendant plus de 60 jours en deuxième et en troisième lignes a chuté de façon nette en 2011-2012 *(56 pour les 13 périodes)*, grâce à un suivi constant par la coordonnatrice responsable au CSSS de Laval.

De plus, deux nouveaux psychiatres doivent prendre leur poste en juin prochain, ce qui viendra encore réduire le délai de prise en charge et le nombre de clients en attente.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | RECOMMANDATIONS AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **3.1.8** Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et recommandées par un médecin de famille Production d'un rapport, pour le 31 mars 2012, présentant différents scénario d'amélioration de l'accès. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Élaboration d'un plan de développement pour décembre 2011, prévoyant des cibles d'augmentation annuelle des conditions de santé pour lesquelles l'accueil clinique du CSSS de Laval offre des services. |

## COMMENTAIRES

Un comité de pilotage de l'implantation de la phase 2 de l'accueil clinique a été mis en place. Les travaux sont en cours et visent l'augmentation du nombre de conditions de santé subaiguës à 14, soit une hausse de 10. Les spécialités sollicitées pour ce développement sont :

- l'urologie ;
- la gynécologie ;
- la chirurgie ;
- la gastrologie ;
- la microbiologie.

La mobilisation médicale de ces spécialistes est actuellement fragile. Le départ du directeur médical responsable de ce dossier freinera le développement des autres conditions traitées à l'accueil clinique ainsi que la production.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **4.1.3** Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en dessous ou au niveau des seuils établis |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | Dès sa publication, transmission de l'information relative aux seuils ministériels établis aux deux CHGS (100 %) de la région en vue de leur respect. |

## COMMENTAIRES

Les données sur les taux établis ont été transmises au CSSS de Laval.

- Clostridium difficile, taux établi 4,4 — Résultat 6,8
- Bactériémie à SARM et staph aureus taux établi .62 — Résultat .06
- Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs taux établi 3.30 — Résultat 0

En ce qui concerne le clostridium difficile, à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé, entre la P-12 et la P-13 *(soit entre le 29 janvier 2012 et le 31 mars 2012)*, il y a eu une hausse notable des cas.

Les mesures requises ont été mises en place et appliquées.

Le CSSS de Laval est en train d'investiguer et d'analyser les causes de cette augmentation.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **5.1.3** Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à déterminer et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | 100 % des établissements et l'Agence de Laval mettront à jour un plan de main-d'œuvre pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles. |

## COMMENTAIRES

75 % des établissements publics ont produit un portrait de la main-d'œuvre.

Le CRDI Normand-Laramée, ayant implanté Logibec en 2011-2012, n'a pu produire ce portrait. Par ailleurs, compte tenu de l'implantation du cadre normatif, le CRDI a manifesté une grande ouverture à l'égard de la production d'un portrait de sa main-d'œuvre, d'un plan d'action et des plans prévisionnels d'effectifs requis en 2012-2013.

**Actions et mesures en cours ou prévues pour respecter l'engagement, ou à tout le moins améliorer le résultat.**

- Formation de tous les porteurs du dossier PMO au respect du nouveau cadre normatif et du cycle de production des plans d'action.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **5.1.4** Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements dans une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | 50 % des établissements publics suivront une démarche concertée. |

## COMMENTAIRES

Le résultat est atteint.

- Le CSSS de Laval et l'Hôpital juif de réadaptation ont suivi une telle démarche.
- Le projet de réorganisation du travail de la catégorie IV au CSSS de Laval a généré des résultats positifs, transmis au MSSS.
- L'Hôpital juif de réadaptation a implanté un mode de gestion par programme ainsi qu'un projet lié à SARDM. Les soins infirmiers ont également participé à la révision de processus dont les résultats ont été transmis à l'Agence de Laval.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **5.1.5** Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité clinique |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | 100 % des établissements publics et 50 % des établissements privés conventionnés diminueront de 2 % le temps travaillé en heures supplémentaires. Respect des taux suivants :<br>• Réseau, 2,87 % ;<br>• Infirmières, 4,39 % |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **3.05.01-PS**<br>Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières | 4,67 % | 4,39 % | 4,61 % |
| **3.05.02-PS**<br>Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau | 2,93 % | 2,87 % | 2,94 % |

## COMMENTAIRES

Globalement, la cible est presque atteinte par le CSSS de Laval. Par ailleurs, le CSSS doit mettre en place un projet visant la diminution du temps travaillé en heures supplémentaires, projet soutenu par l'Agence de Laval et le MSSS.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **5.1.6** Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | Le CSSS de Laval et 25 % des établissements privés conventionnés diminueront les heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées de 5,6 % en soins infirmiers (infirmières et infirmières auxiliaires) et par les préposés aux bénéficiaires<br>Respect des taux suivants :<br>• Infirmières, 8,95 %<br>• Infirmières auxiliaires, 7,19 %<br>• Préposés aux bénéficiaires, 2,87 % |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **3.06.01-PS**<br>Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières | 8,41 % | 8,95 % | 6,22 % |
| **3.06.02-PS**<br>Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires | 5.16 % | 7,19 % | 3,46 % |
| **3.06.03-PS**<br>Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires | 1,24 % | 2,87 % | 1,87 % |

## COMMENTAIRES

La cible est atteinte par le CSSS de Laval. Le CSSS doit, par ailleurs, mettre en place un projet de diminution des heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante, projet soutenu par l'Agence de Laval et le MSSS.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| | |
|---|---|
| AXE D'INTERVENTION | RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE |
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **5.2.1** Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur des programmes de type Entreprise en santé |
| **Engagement régional 2011-2012 inscrit dans l'Entente** | 25 % des établissements publics entameront la démarche d'implantation d'un PROG.<br>25 % des établissements publics atteindront la cible négociée en ce qui concerne l'assurance salaire.<br>Respect du taux suivant :<br>• Réseau, 5,54 % |

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **3.01-PS**<br>Ratio entre le nombre d'heures payées par l'assurance salaire et le nombre d'heures travaillées | 6,05 % | 5,54 % | 6,51 % |

## COMMENTAIRES

La cible n'est pas atteinte par tous les établissements publics.

Plusieurs démarches ont été effectuées par les établissements de la région.

La charge de travail, les problèmes physiques en attente de chirurgie et les problèmes d'absences chroniques ont amené les établissements à se doter de plans d'action pour diminuer les délais d'attente, pour favoriser le retour au travail des personnes ayant subi un accident du travail ou pour toute autre raison d'absence ainsi qu'un suivi médico-administratif plus serré.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

| AXE D'INTERVENTION | RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE |
|---|---|
| **Objectifs de résultats 2010-2015** | **5.2.2** Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail. |
| **Engagements régionaux 2011-2012 inscrits dans l'Entente** | 50 % des établissements publics suivront une démarche concertée. |

## COMMENTAIRES

Le CSSS de Laval ainsi que l'Hôpital juif de réadaptation ont appliqué leur programme de préceptorat aux infirmières et infirmières auxiliaires ayant deux années de service et moins sur les quarts de jour, de soir et de nuit.

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

AXE D'INTERVENTION — PRÉVENTION DANS LE CONTINUUM DES SERVICES (VACCINATION)

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.01.14-EG2**<br>Proportion d'enfants recevant dans un CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais. | 85 % | 75 % | 90,3 % |
| **1.01.15-EG2**<br>Proportion d'enfants recevant dans un CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 58,3 % | 75 % | 70,2 % |
| **1.01.16.01-EG2**<br>Proportion d'enfants recevant dans un CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais | S. O. | 75 % | 70,5 % |

## COMMENTAIRES

- **Constat quant au résultat par rapport à l'engagement**

**Il y a eu amélioration de deux indicateurs.**
Pour que l'intervention soit considérée dans les délais, l'enfant doit recevoir ses doses de vaccin dans les deux semaines après le moment prévu par le calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec. Ce délai est passé de 7 jours en 2010-2011 à 14 jours en 2011-2012. Ce critère est valide pour les trois indicateurs suivants :

- **1.01.14-EG2** – L'objectif fixé de 75 % a été largement atteint ; le nouveau délai de 14 jours a favorisé l'amélioration des résultats de cet indicateur (85 % en 2010-2011 à 90,3 % en 2011-2012).

- **1.01.15-EG2** – Cet indicateur montre une lente progression depuis 2008 (42 % à 70,2 %).

- **1.01.16.01-EG2** – Cet indicateur en est à sa première année d'existence. Il se comporte comme l'indicateur 1.01.15-EG2, car il cible aussi la vaccination des enfants à l'âge d'un an. L'offre de ces deux vaccins lors d'une même séance de vaccination semble être une pratique courante chez les vaccinateurs du CSSS de Laval. L'écart de 0,3 % entre ces deux derniers indicateurs *(5 enfants sur 1597 ayant reçu un seul des deux vaccins)* serait plutôt lié au refus de certains parents.

Le CSSS de Laval a créé un groupe de travail sur l'offre de service du programme Famille-Enfance-Jeunesse. Les conclusions de ce groupe devront être associées au plan d'action de la promotion de la vaccination au Québec au cours de la prochaine année. Ce dernier devrait permettre l'implantation de stratégies d'intervention efficaces ainsi qu'une harmonisation des pratiques au CSSS de Laval menant à une amélioration de la couverture vaccinale sur le territoire.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

AXE D'INTERVENTION CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.01.17-EG2**<br>Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel | 100 % | 100 % | 100 % |
| **1.01.18-EG2**<br>Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. | 0 % | 100 % | 0 % |

## COMMENTAIRES

- **Constat quant au résultat par rapport à l'engagement**
  Non atteint

**Hôpital de la Cité-de-la-santé**

Plusieurs normes de pratique et de gestion (NPG) approuvées par la direction et mises en application. Elles sont exposées sur l'intranet du CSSS de Laval. Certaines procédures sont également en révision. Des programmes de surveillance sont en place. Une entente verbale a été conclue par le CSSS de Laval pour terminer les travaux d'ici à la fin de l'exercice 2012-2013.

**Hôpital juif de réadaptation**

Politiques et procédures pour l'ERV, (le OU la) SARM, l'hygiène des mains, les pratiques de base et les précautions supplémentaires et approuvées par la direction. Plusieurs politiques, surveillances et formations ont été fournies. La conseillère en prévention et en contrôle des infections aura de l'aide de la part de son établissement pour la réalisation de son programme.

Accompagner et apporter du soutien dans la démarche de production du programme de PCI pour l'année 2012-2013.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

## FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

**ENTENTE DE GESTION – CHAPITRE IV**
**LE PLAN D'ACTION DE L'AGENCE DE LAVAL AU REGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015 DU MSSS**

AXE D'INTERVENTION SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – NOMBRE

| Indicateurs | Résultats* 2010-2011 | Cibles 2011-2012 | Résultats** 2011-2012 |
|---|---|---|---|
| **1.09.32.01-EG2** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de une année pour une arthroplastie totale de la hanche | | 0 | 0 |
| **1.09.32.02-EG2** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de une année pour une arthroplastie totale du genou | | 0 | 0 |
| **1.09.32.03-EG2** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de une année pour une chirurgie de la cataracte | | 0 | 0 |
| **1.09.32.04-EG2** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de une année pour une chirurgie d'un jour | | 0 | 45 |
| **1.09.32.05-EG2** Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de une année pour une chirurgie avec hospitalisation | | 0 | 3 |

## COMMENTAIRES

Un suivi soutenu a été effectué auprès de l'établissement durant le dernier exercice afin d'épurer le nombre de patients qui sont en attente depuis plus de une année. En 2011-2012, le nombre total de patients en attente depuis plus de une année pour une chirurgie a présenté une diminution de 14 % par rapport à l'exercice précédent. De ce nombre, il ne reste que 10 patients demandeurs et non programmés, répartis entre trois médecins au 31 mars 2012.

Les mesures envisagées pour améliorer les résultats consistent à :

- sensibiliser les équipes médicales à effectuer des deuxièmes offres à l'interne.
- orienter les spécialités ayant les plus longs délais d'attente vers la zone franche des Laurentides.

* Résultats au 31 mars 2011
** Résultats au 31 mars 2012

CHAPITRE 6

# LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

## LES RESSOURCES FINANCIÈRES DU RÉSEAU

La région de Laval reçoit une enveloppe de crédits selon un mode d'allocation par programmes-services. L'Agence procède à l'allocation de ces montants entre les établissements et les organismes communautaires de son territoire. Le Ministère distribue généralement les crédits régionaux selon l'approche populationnelle afin de répartir équitablement les argents entre les régions. De plus, chacun des établissements reçoit son budget par programmes-services afin de faciliter la reddition de comptes.

### RESSOURCES FINANCIÈRES – RÉSEAU

**Investissement 2011-2012**
Pour l'exercice financier 2011-2012, l'Agence a alloué, en plus de la reconduction des crédits récurrents de l'année antérieure,

Un montant récurrent de 16,84 M$ réparti de la façon suivante :

- 13,20 M$ pour les effets des taux de croissance
- 2,49 M$ pour le coût du système spécifique
- 0,61 M$ pour le Centre intégré de l'ouest de l'Île (1re ligne) – Location d'espaces
- 0,39 M$ pour l'embauche de physiciens en radio-oncologie
- 0,15 M$ pour le réajustement budgétaire à la hausse de l'Unité de médecine familiale (UMF) – Cité de la Santé

Un montant non récurrent de 27,72 M$ réparti de la façon suivante :

- 8,30 M$ pour le programme d'accès à la chirurgie
- 6,68 M$ pour les nouvelles mesures des conventions collectives
- 6,00 M$ pour le plan régional des services intégrés pour les personnes âgées
- 2,06 M$ pour l'équité salariale
- 1,50 M$ pour l'ajout de lits temporaires en courte durée
- 1,36 M$ pour l'année bissextile
- 0,51 M$ pour le jeu pathologique
- 0,45 M$ pour la formation du personnel selon les différentes conventions collectives
- 0,26 M$ pour la formation du personnel d'encadrement
- 0,23 M$ pour le programme de soutien clinique Préceptorat
- 0,15 M$ pour le programme de soutien au financement du traitement pour la toxicomanie (PSFTT)
- 0,09 M$ pour le plan d'action 2008-2013 – Agression sexuelle
- 0,08 M$ pour la sécurité alimentaire
- 0,05M$ pour résorber la liste d'attente de la protection de la jeunesse

### MESURES D'OPTIMISATION

- Loi 100 – Réduction des dépenses de nature administrative: 1 288 000 $
- Mesures de rationalisation : 1 519 800 $
- Mesures d'efficience : 375 100 $

## ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Pour l'exercice financier 2011-2012, le CSSS de Laval a respecté la cible déficitaire maximale autorisée de 1 102 586 $, terminant avec un déficit autorisé de 1 091 685 $. Les autres établissements publics, soit l'Hôpital juif de réadaptation, le Centre jeunesse de Laval et le CRDI Normand Laramée, ont tous respecté l'équilibre budgétaire au 31 mars 2012.

### Situation financière des établissements

| ÉTABLISSEMENTS PUBLICS | Total des revenus d'exploitation | Surplus (déficits) d'exploitation 2011-2012 | Total des dépenses | Surplus (déficits) cumulés au 31-03-2012 |
|---|---|---|---|---|
| | P200L12C01 | P200L29C01 | P200L28C01 | P202L11C01 |
| **CENTRE DE SANTÉ** | | | | |
| Centre de santé et de services sociaux de Laval | 442,409,051 | 1,655,040 | 440,754,011 | (6,387,097) |
| **CENTRE HOSPITALIER** | | | | |
| Hôpital juif de réadaptation | 37,863,485 | (397,493) | 38,260,978 | 1,005,009 |
| **CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE** | | | | |
| CRDI Normand-Laramée | 40,101,179 | 91,979 | 40,009,200 | 368,014 |
| **CENTRE JEUNESSE** | | | | |
| Centre jeunesse de Laval | 65,924,505 | 539,288 | 65,385,217 | 3,926,572 |
| **SOUS-TOTAL** | **586,298,220 $** | **1,888,814 $** | **584,409,406 $** | **(1,087,502 $)** |
| **ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS** | | | | |
| **CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS** | | | | |
| CHSLD Vigi l'Orchidée blanche ltée | 9,824,174 | 504,780 | 9,319,394 | 509,109 |
| CHSLD Saint-Jude inc. | 16,313,637 | 408,954 | 15,904,683 | 4,802,338 |
| Résidence Riviera inc. | 10,118,557 | 554,621 | 9,563,936 | 432,531 |
| Manoir Saint-Patrice inc. | 7,362,989 | 48,579 | 7,314,410 | (77,821) |
| Centre d'hébergement Champlain Saint-François | 3,568,945 | 121,055 | 3,447,890 | 206,756 |
| Santé Courville de Laval | 5,913,713 | 171,117 | 5,742,596 | 317,996 |
| **SOUS-TOTAL** | **53,102,015 $** | **1,809,106 $** | **51,292,909 $** | **6,190,909 $** |
| **TOTAL** | **639,400,235 $** | **3,697,920 $** | **635,702,315 $** | **5,103,407 $** |

Source: Résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) du AS-471 avant analyse financière.

## Financement net 2011-2012 accordé par l'agence et le ministère

| ÉTABLISSEMENTS PUBLICS | Financement activités principales | Financement activités accessoires | Financement net total | Paiement des exercices antérieurs et autres ajustements |
|---|---|---|---|---|
| **CENTRE DE SANTÉ** | | | | |
| Centre de santé et de services sociaux de Laval | 377,043,408 | 420,031 | 377,463,439 | 12,621,425 |
| **CENTRE HOSPITALIER** | | | | |
| Hôpital juif de réadaptation | 26,341,932 | 31,629 | 26,373,561 | 1,892,634 |
| **CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE** | | | | |
| CRDI Normand-Laramée | 35,539,716 | | 35,539,716 | 9,870 |
| **CENTRE JEUNESSE** | | | | |
| Centre jeunesse de Laval | 61,058,781 | 100,000 | 61,158,781 | 1,071,423 |
| **TOTAL PUBLICS** | **499,983,837 $** | **551,660 $** | **500,535,497 $** | 15,595,352 $ |
| **ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS** | | | | |
| **CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS** | | | | |
| CHSLD Vigi l'Orchidée blanche ltée | 7,501,042 | | 7,501,042 | (122,372) |
| CHSLD St-Jude inc. | 12,897,242 | | 12,897,242 | (18,898) |
| Résidence Riviera inc. | 7,887,427 | | 7,887,427 | (167,722) |
| Manoir St-Patrice inc. | 5,580,263 | | 5,580,263 | 118,067 |
| Centre d'hébergement Champlain St-François | 2,824,589 | | 2,824,589 | 106,199 |
| Santé Courville de Laval | 4,738,584 | | 4,738,584 | (288,856) |
| **TOTAL PRIVÉS CONVENTIONNÉS** | **41,429,147 $** | **0 $** | **41,429,147 $** | **(373,582 $)** |
| **GRAND TOTAL** | **541,412,984 $** | **551,660 $** | **541,964,644 $** | **15,221,770 $** |

Source: Formulaires budgétaires

## Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2012

| ÉTABLISSEMENTS PUBLICS | Autorisé | Réel[1] |
|---|---|---|
| **DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS** | | |
| Projets autofinancés - CSSS de Laval | | |
| • Distribution centralisée des concentrés en hémodialyse | 510,000 | 170,000 |
| • Aménagement de la cafétéria | 370,000 | 52,857 |
| • Économie d'énergie | 608,845 | 413,948 |
| **TOTAL** | **1,488,845 $** | **636,805 $** |

1 Source : États bancaires des emprunts

## > LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE

### LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Laval, le 11 juin 2012

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies notables, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et aux règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière, en plus d'approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité d'allocation et de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Samson Bélair/Deloitte & Touche a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et le rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Samson Bélair/Deloitte & Touche peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

**Claude Desjardins**
Président-directeur général

**Yves St-Onge**
Directeur des affaires administratives

Deloitte.

Samson Bélair/Deloitte & Touche s.e.n.c.r.l.
Les Tours Triomphe
2540, boul. Daniel-Johnson
Bureau 210
Laval QC H7T 2S3
Canada

Tél. : 450-978-3500
Téléc. : 514-382-4984
www.deloitte.ca

# Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du Conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans et soldes de fonds du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations au 31 mars 2012, et les états des résultats du fonds d'exploitation pour les activités principales et les activités accessoires, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes annexes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Les états financiers résumés comprennent également un état de l'allocation de l'enveloppe régionale des crédits, ainsi que le bilan et le solde de fonds combinés des fonds affectés au 31 mars 2012, ainsi que les résultats combinés des fonds affectés pour l'exercice terminé à cette date. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2012 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

**Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés**

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits aux paragraphes 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux datée mise à jour au 1er juin 2011 (« critères »).

**Responsabilité de l'auditeur**

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (« NCA ») 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Membre de / Member of Deloitte Touche Tohmatsu

**Opinion avec réserves**

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères ci-dessus mentionnés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

Comme l'explique la note 2 et tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Agence.

Comme l'explique la note 2 et tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrat de location-acquisition conformément à la note d'orientation No 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avions fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Tel que décrit à la note 9, l'Agence de Montréal réclame des sommes cumulées de 8 027 869 $ à l'Agence de Laval. Cette dernière conteste cette réclamation et n'a comptabilisé aucun montant relié à ce solde dans ses livres. Nous n'avons pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés afin de déterminer la valeur comptable à enregistrer dans les livres de l'Agence, s'il y a lieu. Par conséquent, nous n'avons pu déterminer si le montant en cause aurait dû faire l'objet d'ajustements dans l'excédent des revenus sur les charges pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 et dans les passifs au 31 mars 2012.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, ces états financiers résumés donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes canadiennes pour le secteur public.

[1]

Samson Bélair/Deloitte & Touche s.e.n.c.r.l.

Le 6 juillet 2012

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116671

TABLEAU 14

## BILAN AU 31 MARS 2012

| | FONDS D'EXPLOITATION | | FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES | | FONDS D'IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ |
| **ACTIF** | | | | | | |
| **À court terme** | | | | | | |
| Encaisse | 472 055 | 606 059 | 5 062 405 | 5 756 902 | | |
| Placements | 1 568 071 | 1 246 617 | 3 444 902 | 2 859 783 | | |
| Débiteurs : | | | | | | |
| - MSSS | 113 303 | 68 120 | 191 842 | 181 782 | | |
| - Établissements publics | 13 564 | 17 501 | 67 138 | 13 167 | 18 284 103 | 12 745 647 |
| - Autres | 118 595 | 273 843 | 369 974 | 683 226 | | |
| Intérêts courus | | | | | | |
| Charges payées d'avance | 6 517 | 7 379 | 33 190 | 85 991 | | |
| Autres éléments | | 950 | | | 37 882 | 6 084 |
| **Total de l'actif à court terme** | **2 292 105** | **2 220 469** | **9 169 451** | **9 580 851** | 18 321 985 | **12 751 731** |
| **À long terme** | | | | | | |
| Subvention à recevoir (payée d'avance) - réforme comptable | 531 285 | 527 330 | 105 722 | 116 187 | 30 308 274 | 33 622 304 |
| Immobilisations | | | | | 1 282 324 | 1 138 519 |
| Autres éléments d'actif | | | | | | |
| **TOTAL DE L'ACTIF** | **2 823 390** | **2 747 799** | **9 275 173** | **9 697 038** | 49 912 583 | **47 512 554** |
| **PASSIF** | | | | | | |
| **À court terme** | | | | | | |
| Découvert de banque | | | 64 761 | 5 556 | 2 738 172 | 2 375 863 |
| Emprunts de banque | | | | | 16 930 197 | 10 570 422 |
| Créditeurs et charges à payer : | | | | | | |
| - MSSS | | | | | | |
| - Établissements publics | 38 956 | 51 990 | 289 619 | 235 005 | | |
| - Autres | 645 041 | 789 421 | 705 953 | 627 456 | 298 525 | 313 389 |
| Revenus reportés | 378 361 | 300 278 | 189 942 | | | |
| Provision pour vacances, congés de maladie, fériés | 656 082 | 635 260 | 145 190 | 139 052 | | |
| Autres éléments | 52 809 | 45 712 | 676 438 | 8 417 | 319 792 | |
| **Total du passif à court terme** | **1 771 249** | **1 822 661** | **2 071 903** | **1 015 576** | **20 286 686** | **13 259 674** |
| **À long terme** | | | | | 29 625 897 | 34 252 880 |
| **TOTAL DU PASSIF** | **1 771 249** | **1 822 661** | **2 071 903** | **1 015 576** | **49 912 583** | **47 512 554** |
| **SOLDE DE FONDS** | **1 052 141** | **925 138** | **7 203 270** | 8 681 462 | | |
| **TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS** | **2 823 390** | **2 747 799** | **9 275 173** | **9 697 038** | **49 912 583** | **47 512 554** |

TABLEAU 15

## RÉSULTATS - EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

| | FONDS D'EXPLOITATION | | | | FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES | | FONDS D'IMMOBILISATIONS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Activités principales | | Activités accessoires | | | | | |
| | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ |
| **REVENUS** | | | | | | | | |
| Subventions MSSS | 7 304 546 | 7 470 737 | 18 757 | 73 953 | 4 893 561 | 4 525 083 | | |
| Subvention pour le remboursement de la dette-capital | | | | | | | 1 541 290 | 859 529 |
| Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts | | | | | | | 1 545 432 | 1 595 261 |
| Contributions des établissements | | | | | 244 253 | 2 130 892 | | |
| Revenus de placements | 23 108 | 13 256 | 20 875 | 5 274 | 152 614 | 78 720 | | |
| Autres revenus | 545 822 | 423 487 | 326 096 | 240 | 783 635 | 1 051 369 | | 31 186 |
| **TOTAL DES REVENUS** | **7 873 476** | **7 907 480** | **365 728** | **79 467** | **6 074 063** | **7 786 064** | **3 086 722** | **2 485 976** |
| **CHARGES D'EXPLOITATION** | | | | | | | | |
| Salaires et avantages sociaux | 5 539 986 | 5 367 762 | | 60 273 | 1 310 506 | 1 051 093 | 68 935 | 68 920 |
| Charges sociales | 579 089 | 559 680 | | 6 513 | 141 980 | 124 950 | 6 065 | 6 080 |
| Frais de déplacement et d'inscription | 68 930 | 55 856 | 656 | 7 619 | 37 172 | 30 113 | | |
| Services achetés | 568 788 | 728 492 | 17 068 | | 2 319 471 | 2 029 570 | | |
| Communications | 163 756 | 142 925 | | | 74 494 | 75 086 | | |
| Loyer | 586 866 | 587 097 | | | 1 556 488 | 1 652 629 | | |
| Fournitures de bureau et petits équipements | 114 213 | 97 233 | | | 54 284 | 77 476 | | |
| Dépenses de transferts | | | 328 374 | | 1 173 538 | 855 975 | | |
| Autres frais | 209 369 | 179 225 | 1 243 | 165 | 605 107 | 513 999 | 1 177 522 | 295 125 |
| Intérêts sur emprunt temporaire et sur la dette | | | | | | | 1 545 432 | 1 595 261 |
| Amortissements | | | | | | | 426 570 | 520 590 |
| **Total des charges d'exploitation non réparties** | **7 830 997** | **7 716 270** | **347 341** | **74 570** | **7 273 040** | **6 410 891** | **3 224 524** | **2 485 976** |
| **EXCÉDENT (DÉFICIT)** | **42 479** | **191 210** | **18 387** | **4 897** | **(1 198 977)** | **1 375 173** | **(137 802)** | |
| Contributions en provenance du fonds d'exploitation | | | | | | | 8 383 | 86 953 |
| Contributions en provenance des fonds des activités régionalisées | | | | | | | 129 419 | 15 565 |
| Contributions en provenance de fonds affectés | | | | | 55 265 | 73 977 | | |
| Contributions (affectées) au fonds d'immobilisations | (8 383) | (86 953) | | | (129 419) | (15 565) | | |
| Contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds | 74 520 | 60 564 | | | (74 520) | (60 564) | | |
| **Excédent (Déficit) après contributions provenant d'autres fonds ou affectées à d'autres fonds** | **108 616** | **164 821** | **18 387** | **4 897** | **(1 347 651)** | **1 373 021** | | **102 518** |

TABLEAU 16

## SOLDES DES FONDS AU 31 MARS 2012

| | FONDS D'EXPLOITATION | | | | FONDS D'IMMOBILISATIONS | | FONDS D'ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Activités principales | | Avoir propre | | | | | |
| | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ | Exercice courant $ | Exercice précédent $ |
| **SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT** | 251 774 | | 673 364 | 755 420 | | | 8 681 462 | 7 319 030 |
| **Additions (déductions)** | | | | | | | | |
| Excédent (Déficit) de l'exercice avant contributions en provenance d'autres fonds ou affectées à d'autres fonds | 42 479 | 251 774 | 18 387 | 4 897 | (137 802) | (102 518) | (1 198 977) | 1 314 609 |
| Transferts interfonds – provenance (affectation) incluant l'avoir propre | | | 66 137 | (86 953) | 137 802 | 102 518 | (148 674) | 58 412 |
| Libération surplus années antérieures | (251 774) | | 251 774 | | | | | |
| Autres additions (déductions) | | | | | | | (130 541) | (10 589) |
| **Variation de l'exercice** | **42 479** | **251 774** | **1 009 662** | **(82 056)** | | | **(1 478 192)** | **8 681 462** |
| Réforme comptable- redressement au 1er avril 2008 : | | | | | | | | |
| Amortissement cumulé des immobilisations | | | | | | | | |
| Écart de financement - Immobilisations | | | | | | | | |
| Autres redressements | | | | | | | | |
| **SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN** | **42 479** | **251 774** | **1 009 662** | **673 364** | | | **7 203 270** | **8 681 462** |

TABLEAU 17

## ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2012

| | Exercice courant |
|---|---|
| | $ |
| ENVELOPPE RÉGIONALE | |
| Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R | **575 334 771** |
| AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE | |
| Allocations aux établissements | 546 793 355 |
| Allocations aux organismes communautaires | 19 545 845 |
| Allocations à d'autres organismes | 479 522 |
| Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R | 566 818 722 |
| Montant engagé pour le formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale | 6 338 449 |
| Autres | 20 100 |
| TOTAL DES AFFECTATIONS | **573 177 271** |
| Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer | 2 157 500 |
| TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R | 1 825 646 |
| Comptes à des fins déterminées reportés dans l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent | |
| **EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS** | **331 854** |
| **Information additionnelle**<br>Financement alloué par le MSSS non inscrit dans le système SBF-R | |

TABLEAU 18

## BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS - Au 31 mars 2012

| | Exercice courant $ | Exercice précédent $ |
|---|---|---|
| **ACTIF** | | |
| **À court terme** | | |
| Encaisse | 1 603 473 | 1 394 810 |
| Débiteurs : | | |
| - MSSS | 167 893 | 94 202 |
| - Établissements publics | | 86 575 |
| - Autres débiteurs | 1 105 | 18 691 |
| Charges payées d'avance | 69 037 | 6 914 |
| Autres éléments | | |
| **Total de l'actif à court terme** | 1 841 508 | 1 601 192 |
| **À long terme** | | |
| **TOTAL DE L'ACTIF** | **1 841 508** | **1 601 192** |
| **PASSIF** | | |
| **À court terme** | | |
| Découvert de banque | 47 147 | |
| Créditeurs et charges à payer : | | |
| - Établissements publics | 88 580 | 9 623 |
| - Autres | 111 614 | 101 929 |
| Revenus reportés MSSS et crédits régionaux | 115 385 | 88 580 |
| Autres revenus reportés | | |
| Autres éléments | | |
| **Total du passif à court terme** | 362 726 | 200 132 |
| **À long terme** | | |
| **TOTAL DU PASSIF** | 362 726 | 200 132 |
| **SOLDE DES FONDS** | **1 478 782** | **1 401 060** |
| **TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DES FONDS** | **1 841 508** | **1 601 192** |

TABLEAU 19

## RÉSULTATS COMBINÉS DES FONDS AFFECTÉS

| | Désengorgement des urgences | Systèmes d'information clientèle | Fournitures spécialisées pour les personnes handicapées | Coordination en matière de santé et services sociaux | Priorités régionales | Groupes de médecine de famille (GMF) | Total au 31 mars 2012 | Total au 31 mars 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ |
| **PRODUITS** | | | | | | | | |
| MSSS | (16 341) | | 88 580 | 52 508 | | | 124 747 | 70 000 |
| FINESS | | | | | | 3 127 556 | 3 127 556 | 2 940 638 |
| Revenus de placements | | 863 | 1 115 | 260 | 180 | 19 280 | 21 698 | 18 182 |
| Autres | | | | | | | | 93 655 |
| **TOTAL DES PRODUITS** | **(16 341)** | **863** | **89 695** | **52 768** | **180** | **3 146 836** | **3 274 001** | **3 122 475** |
| **CHARGES** | | | | | | | | |
| Établissements publics | | | | | | | | |
| Organismes | | | | | | | | |
| Autres intérêts sur emprunts | | | | | | | | |
| Salaires et avantages sociaux | | | | | | 76 160 | 76 160 | 65 566 |
| Charges sociales | | | | | | | | |
| Frais de déplacement et d'inscription | | | | 3 031 | | | 3 031 | 893 |
| Services achetés | | | | 93 354 | | | 93 354 | 23 379 |
| Fournitures de bureau | | | | | | | | |
| Dépenses de transfert | | 6 973 | 88 580 | | | 2 872 916 | 2 968 469 | 3 016 872 |
| Autres | | | | | | | | |
| **TOTAL DES CHARGES** | | **6 973** | **88 580** | **96 385** | | **2 949 076** | **3 141 014** | **3 106 710** |
| **Excédent (déficit)** | **(16 341)** | **(6 110)** | **1 115** | **(43 617)** | **180** | **197 760** | **132 987** | **15 765** |

TABLEAU 20

## SOLDE COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2012

| | Désengorgement des urgences | Systèmes d'information clientèle | Fournitures spécialisées pour les personnes handicapées | Coordination en matière de santé et de services sociaux | Priorités régionales | Groupes de médecine de famille (GMF) | Total au 31 mars 2012 | Total au 31 mars 2011 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ | $ |
| **SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT** | 16 341 | 64 646 | 360 | 48 978 | 13 459 | 1 257 276 | 1 401 060 | 1 465 256 |
| **Additions (déductions)** | | | | | | | | |
| Excédent (Déficit) de l'exercice avant contributions en provenance d'autres fonds ou affectées à d'autres fonds | (16 341) | (6 110) | 1 115 | (43 617) | 180 | 197 760 | 132 987 | 15 765 |
| Transferts interfonds - provenance (affectation) | | | | | | (55 265) | (55 265) | (73 977) |
| Autres additions (déductions) | | | | | | | | (5 984) |
| **Variation de l'exercice** | **(16 341)** | **(6 110)** | **1 115** | **(43 617)** | **180** | **142 495** | **77 722** | **(64 196)** |
| Autres redressements | | | | | | | | |
| **SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN** | | **58 536** | **1 475** | **5 361** | **13 639** | **1 399 771** | **1 478 782** | **1 401 060** |

## > NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

### NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

### NOTE 2 – MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

**Changement de référentiel comptable**
En décembre 2010, Le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public de se conformer soit au *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés* (ICCA) pour le secteur public avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au *Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public* (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Agence a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'Agence est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et recevant des prestations d'assurances ne sont pas comptabilisés dans le bilan du fonds d'exploitation, ni dans le bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

### NOTE 3 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence quant à la comptabilisation des actifs et passifs, à la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi qu'à la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables Secteur public.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les principes comptables utilisés aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada:

Les instruments financiers ne sont pas classifiés et aucune information n'est présentée ; les frais d'émission, les primes et les escomptes sont présentés comme des postes distincts dans le bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette

**Comptabilité d'exercice**
La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

**Comptabilité par fonds**
L'établissement suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent dans les états financiers de l'établissement et présentent donc une importance particulière.

Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) ;

Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluent tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui y sont liés. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.

Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement de l'agence ou du Ministère. Ces subventions sont toujours liées à des programmes ou à des services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées ;

Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou relatives à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.

**Classification des activités**
La classification des activités de l'organisation tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'organisme est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le Ministère;

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services que l'organisme rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

**Immobilisations**
Les immobilisations acquises sont comptabilisées selon leur coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile.

**Acquisition avant le 1er avril 2008**

| Catégorie | Durée |
|---|---|
| Améliorations locatives | 10 ans |
| Autre mobilier et équipement | 15 ans |
| Autres mobiliers et équipements médicaux | 12 ans |
| Informatique et bureautique | 3 ans |
| Administratif – mobilier et équipement | 5 ans |

**Acquisition après le 1er avril 2008**

| Catégorie | Durée |
|---|---|
| Améliorations locatives | Durée restante du bail (maximum de 10 ans) |
| Matériel et équipement | de 3 à 15 ans |
| Réseau de télécommunications | 10 ans |
| Location-acquisition | Selon la durée du bail ou de l'entente |

**Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts**

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

**Revenus reportés**

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés sur des activités spécifiques pour lesquelles les revenus sont approuvés, mais pour lesquelles les dépenses et les services correspondants restent à réaliser et qui ne recevront pas d'autre financement.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ;
ii) Subvention spécifiquement déterminée dans un document provenant du Ministère et accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère et accordée pour plusieurs exercices financiers ;
ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (les trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent ;
iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté à des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année ;
iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

**Régimes de retraite**

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence de Laval ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

**Avoir propre**

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

**Revenus**

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

**Revenus d'intérêts**

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés

à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

**Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec**
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés dans les résultats du fonds auquel ils font référence. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera dans les revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée dans le fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

**Attribution des subventions**
Les attributions aux établissements et aux organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

## NOTE 4 – ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée dans la location de locaux administratifs et de biens en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates d'ici au 31 mars 2018. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

Durant l'exercice terminé le 31 mars 2012, les dépenses en loyer pour ces locaux administratifs et ces biens s'élevaient à 653 441 $. Les paiements minimaux futurs s'établissent comme suit :

| | |
|---|---|
| 2013 | 828 171 |
| 2014 | 833 279 |
| 2015 | 838 463 |
| 2016 | 874 985 |
| 2017 | 880 326 |
| 2018 et années subséquentes | 885 747 |
| | **5 140 971 $** |

Pour les fins d'exploitation par des établissements privés conventionnés, l'Agence de Laval a contracté des baux avec la Société immobilière du Québec (SIQ) pour un montant total de 7 578 801 $ échéant en 2020, lesquels sont remboursés totalement et directement à la SIQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'Agence de Laval a contracté à cet effet un contrat de sous-location avec l'Orchidée blanche ainsi qu'avec la Résidence Riviera. Le remboursement effectué à la SIQ par le Ministère en 2011-2012 au nom de l'Agence de Laval s'élève à 1 489 413 $. Les paiements minimaux futurs s'établissent comme suit :

| | |
|---|---|
| 2013 | 1 428 716 |
| 2014 | 1 428 716 |
| 2015 | 812 558 |
| 2016 | 756 544 |
| 2017 | 756 544 |
| 2018 et années subséquentes | 2 395 723 |
| | **7 578 801 $** |

ANNEXE 1

# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

## I. CADRE LÉGAL

Le présent Code d'éthique et de déontologie est adopté et appliqué conformément aux lois applicables, plus particulièrement à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui découle de cette dernière.

## II. CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et aux membres de ses comités.

2. Il s'applique également au président-directeur général de l'Agence à titre de membre du conseil d'administration, nonobstant la possibilité qu'il soit également régi par des normes d'éthique ou de déontologie à titre d'administrateur public.

3. L'administrateurest tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.

4. L'administrateur doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, favoriser l'application.

5.Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais il donne des principes et des règles minimaux qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

## III. DÉFINITIONS

Administrateur :
Désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
Agence :
Désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
Conflit d'intérêts :
Désigne la notion de conflit d'intérêts telle qu'elle est définie par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., C. S-4.2, a. 154).
Conflit de rôles :
Désigne la notion de conflit potentiel inhérente à la participation d'un administrateur au conseil d'administration d'un autre organisme ou établissement du réseau de la santé et des services sociaux.
Conseil d'administration :
Désigne le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
Déontologie :
Désigne les devoirs et les obligations des administrateurs.
Éthique :
Désigne les normes et les valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.

## IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1.L'administrateur s'assure du respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence.
2. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de

façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et les mandats qui lui sont dévolus par la loi ou autrement.

3. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions.

4. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée et dans l'intérêt de l'Agence elle-même.

5. L'administrateur doit être présent lors des activités du conseil d'administration et de ses comités.

6. L'administrateur doit participer activement aux prises de position du conseil d'administration.

7. L'administrateur intervient au cours des séances du conseil de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.

8. L'administrateur, de par ses interventions, doit permettre au conseil d'administration de prendre des décisions respectueuses de la mission des établissements et des organismes en relation avec l'Agence ; il agit avec équité à l'égard de ces établissements et organismes. Il exerce son droit de vote et ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes.

9. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre publiquement position contre celles-ci.

10. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général, ou toute autre personne désignée par celui-ci, agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis du public ou de représentant vis-à-vis d'un tiers.

11. L'administrateur fait preuve de réserve lorsqu'il commente publiquement toute décision du conseil d'administration.

12. L'administrateur est tenu à la discrétion quant aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du conseil d'administration représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle selon la loi ou si le conseil d'administration exige sa confidentialité.

13. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue. Il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et avec tout individu.

**Conflit d'intérêts et conflit de rôles**

14. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de l'Agence sans tenir compte d'intérêts particuliers.

15. Tout administrateur ayant un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui le met en conflit avec l'intérêt du conseil d'administration ou de l'Agence, ou avec les obligations de ses fonctions, doit sous peine de déchéance de sa charge :

- déclarer son intérêt auprès du conseil d'administration ;
- s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a un intérêt est débattue.

16. Si un membre du conseil d'administration est actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée par l'article précédent, ce fait ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se négocient dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration concerné ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).

17. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.

18. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice de ses fonctions.

19. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom ni pour le compte d'autrui.

20. L'administrateur doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne puisse exercer objectivement ses responsabilités.

21. L'administrateur qui siège à un comité ou à une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts pour toute décision que le comité ou la commission prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.

**Activités politiques**

22. Le président du conseil d'administration et le président-directeur général doivent éviter de manifester publiquement leurs allégeances politiques.

23. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif. Tout autre membre du conseil d'administration qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

24. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit démissionner de ses fonctions.

**Rémunération**

25. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ni rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.

26. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ni autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

27. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ni accepter une faveur ou un avantage indu, pour lui-même ou pour un tiers.

## V. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

28. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'Agence.

29. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit divulguer aucune information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un autre établissement avec lequel il entretenait des rapports directs au cours de son mandat.

30. Dans l'année qui suit la fin de l'exercice de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ni pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération dans laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non publique.

## VI. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

31. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent Code.

32. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi, à un règlement ou au présent Code en saisit le président ou, si ce dernier est en cause, le vice-président du conseil d'administration.

33. Le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas, décide s'il s'agit d'un manquement réel ou d'une plainte frivole ou sans fondement. À cette fin, il consulte le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie.

34. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie formé par le conseil d'administration est composé de trois membres du conseil Le président, le vice-président du conseil d'administration et le président-directeur général ne peuvent être membres du comité.

35. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie examine toute plainte transmise par le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas.

36. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête, dans le respect des règles de justice naturelle.

37. L'enquête doit être confidentielle et protéger l'anonymat du plaignant.

38. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie doit informer l'administrateur visé de la nature du ou des manquements reprochés.

39. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie transmet le résultat de son enquête au président du conseil d'administration, ou au vice-président, selon le cas, et recommande une sanction, lorsqu'il arrive à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi, un règlement ou le présent Code. Ce rapport est confidentiel.

40. Le président ou le vice-président, selon le cas, réunit le conseil d'administration qui décide, à huis clos, de la sanction à imposer à l'administrateur concerné, lorsque cela est requis. Ce dernier ne participe ni aux délibérations ni à la prise de décision. Il peut cependant se faire entendre avant la prise de décision.

41. Les sanctions qui peuvent être prises sont, selon la nature ou la gravité du manquement, le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou le recours en déchéance de charge.

42. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

## VII. DÉCLARATION D'INTÉRÊT

43. Dans les soixante (60) jours suivant l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque membre du conseil d'administration doit produire la déclaration contenue à l'Annexe II du présent Code.

44. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

## VIII. PUBLICITÉ DU CODE

45. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du présent Code d'éthique et de déontologie à toute personne qui en fait la demande.

46. L'Agence doit publier dans son rapport annuel le présent Code d'éthique et de déontologie.

47. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus ;
- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- de la décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées ;
- des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

## IX. DISPOSITIONS FINALES

48. Les membres du conseil d'administration s'engagent à respecter chacune des dispositions du présent Code applicable à chacun d'eux. Ils remplissent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'Annexe I.

49. Le présent Code entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval adopté le 7 mai 2003.

ANNEXE 2

# PUBLICATIONS OFFICIELLES

**Agence de la santé et des services sociaux de Laval** (2011). Pour prévenir et réduire l'itinérance à Laval : plan communautaire 2011-2014.
ISBN 978-2-923699-94-3 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-95-0 (version PDF)

**AUTHIER, Marie-Andrée** (2011). Profil thématique sur les déterminants sociaux de la santé à Laval. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique.
ISBN 978-2-923699-74-5 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-75-2 (version PDF).

**AUTHIER, Marie-Andrée** (2011). Portrait des concertations locales et régionales à Laval : un premier tour d'horizon. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique.
ISBN 978-2-923699-98-1 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-99-8 (version PDF).

**COUTU, Michel** (2011). Rapport annuel de gestion 2010-2011 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et amélioration de la qualité des services. Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
ISBN 978-2-923699-88-2 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-89-9 (version PDF).

**DAMESTOY, Nicole ; CARRIER, Alain** (2011). Un Grand Montréal attractif, compétitif, durable... et favorable à la santé : mémoire sur la proposition de Plan métropolitain d'aménagement et de développement (PMAD) de la Communauté métropolitaine de Montréal. Direction de la santé publique de Laval.
ISBN 978-2-89706-006-0 (version imprimée).
ISBN 978-2-89706-007-7 (version PDF).

**GILBERT, Françoise** (2011). Plan stratégique 2010/2015 : Horizon 2015... une vision partagée. Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
ISBN 978-2-923699-58-5 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-59-2 (version PDF).

**LAFORTUNE, Jean** (2011). Présentation à la Commission de la santé et des services sociaux : Étude des rapports annuels de gestion 2005-2006/2009-2010. Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
ISBN 978-2-923699-84-4 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-85-1 (version PDF).

**LAFORTUNE, Jean ; OUELLET, Francine** (2011). Rapport annuel de gestion 2010-2011. Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
ISBN 978-2-923699-86-8 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-87-5 (version PDF).

**LAPOINTE, Micheline** (2011). Calendrier de conservation des documents administratifs. Agence de la santé et des services sociaux de Laval.
ISBN 978-2-923699-64-6 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-66-0 (version PDF).

**NGUYEN, Minh-Nguyet ; TESSIER, Simon** (2011). Rapport d'évaluation (juillet 2009) : implantation de l'approche École en santé dans une école secondaire de premier cycle de la région de Laval. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique.
ISBN 978-2-923699-24-0 (version imprimée).
ISBN 978-2-923699-25-7 (version PDF).

**PANET-RAYMOND, Jean ; LÉVESQUE, Guy.** (2011). Les organismes communautaires : une contribution essentielle à Laval : novembre 2011, portrait régional.
ISBN 978-2-89706-008-4 (version imprimée).
ISBN 978-2-89706-009-1 (version PDF).

**Publications en série (Dépôt légal et ISSN)**

- **CA en bref**, vol. 17, no 1 – vol. 17, no 5
  ISSN : 1496-7413 (version imprimée)
  ISSN : 1496-7421 (version PDF).

- **Info DRMG**, vol. 2, no 2 -
  ISSN : 1927-0151 (version imprimée)
  ISSN : 1927-016X (version PDF).

- **Mission Prévention Possible**, vol. 21, no 4
  ISSN : 1918-0837 (version imprimée)
  ISSN 1948-0845 (version PDF).

- **Agence de la santé et des services sociaux de Laval** (2011). Plan d'action 2011-2012 visant l'accessibilité et l'adaptation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval aux personnes handicapées.
  ISSN 1924-2557 (version imprimée).

- **Sélections Santé Laval**, vol. 8, no 4 – vol. 9, no 3/
  ISSN : 1710-8284 (version imprimée)
  ISSN 1710-8292 (version PDF).

**ARTICLES (Sélections Santé Laval et autres)**

**DUFOUR, Céline.** *Tabagisme à Laval : des disparités entre les hommes et les femmes,* février 2012 ; *Rhinite allergique : un problème touchant un Lavallois sur cinq,* mars 2012.

**GUÉDON, Aude-Christine.** *Troubles musculosquelettiques liés au travail à Laval : un Lavallois sur sept en souffrirait, avril 2011 ; Comportements et habitudes de vie des femmes enceintes et des nouvelles mères lavalloises, novembre 2011 ; Survie et mortalité chez les Lavallois âgés de 65 ans et plus. Quand ? Comment ? Pourquoi ?,* janvier 2012.

**GRIGNON, Richard.** *Le diabète à Laval : le nombre de cas a augmenté depuis 10 ans, mai 2011 ; Les services médicaux dispensés à Laval. Les médecins lavallois donnent leur 110 %,* décembre 2011.

**KEBE, Mababou.** *Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : quelques repères sur l'état de santé des Lavallois (1re partie),* juin 2011 ; Le phénomène de l'itinérance à Laval, octobre 2011.

**POIRIER, Étienne.** *Les maladies cardiovasculaires (MCV) chez les Lavallois,* septembre 2011.

ANNEXE 3

# FINANCEMENT RÉCURRENT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

> L'Agence s'assure que les organismes communautaires ont remis tous les documents prescrits par le guide du MSSS intitulé *La reddition de compte dans le cadre de la mission globale, programme de soutien aux organismes communautaires.*

À la réception des documents, une reddition de compte en deux volets est effectuée. Une lecture des rapports d'activités de tous les organismes communautaires permet de vérifier si les budgets versés ont servi aux activités financées. Enfin, une analyse financière effectuée par la Direction des affaires administratives vient compléter le processus.

| | | 2011-2012 | | |
|---|---|---|---|---|
| | TOTAL 2010-2011 | Mission globale (incluant PAPA) | Entente de service et particulière | TOTAL |
| **DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED** | | | | |
| Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval | 93,085 $ | 95,319 $ | | 95,319 $ |
| Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) Inc. | 93,085 $ | 95,319 $ | | 95,319 $ |
| Ateliers adaptés Stimul'arts (Les) | 177,908 $ | 150,843 $ | 31,334 $ | 182,177 $ |
| Services du Chat botté de Laval | 462,977 $ | 211,821 $ | 256,635 $ | 468,456 $ |
| Société de l'autisme et des TED (Laval) | 87,970 $ | 90,081 $ | | 90,081 $ |
| Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval | 13,770 $ | | 14,100 $ | 14,100 $ |
| La Halte de l'Orchidbleue | | | | 0 $ |
| **Sous-total** | **928,795 $** | **643,383 $** | **302,069 $** | **945,452 $** |
| **DÉFICIENCE PHYSIQUE** | | | | |
| **Association Dysphasie +** | | | | |
| Association de la fibromyalgie de Laval | 130,694 $ | 123,386 $ | 10,445 $ | 133,831 $ |
| Association des personnes aphasiques de Laval | 93,173 $ | 82,875 $ | 12,534 $ | 95,409 $ |
| Association des personnes vivant avec une surdité de Laval | 160,093 $ | 146,179 $ | 17,756 $ | 163,935 $ |
| Association lavalloise pour le transport adapté (ALTA) | 85,979 $ | 82,875 $ | 5,167 $ | 88,042 $ |
| Association québécoise des traumatisés crâniens / SUPRARÉGIONAL | 26,822 $ | | 27,466 $ | 27,466 $ |
| Association sclérose en plaques Laval | 87,088 $ | 103,183 $ | 89,179 $ | 89,179 $ |
| Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval | 100,765 $ | | | 103,183 $ |
| Service d'interprétation visuel et tactile du Montréal-Métropolitain (SIVET) / SUPRARÉGIONAL | 46,257 $ | | 37,838 $ | 37,838 $ |
| | 61,721 $ | | 63,202 $ | 63,202 $ |
| **Sous-total** | **792,592 $** | **538,498 $** | **263,587 $** | **802,085 $** |

| | | 2011-2012 | | |
|---|---|---|---|---|
| | TOTAL 2010-2011 | Mission globale (incluant PAPA) | Entente de service et particulière | TOTAL |
| **DÉPENDANCES** | | | | |
| L'Aviron, ressource d'hébergement | 0 $ | 96,950 $ | | 0 $ |
| Maisonnée de Paulette Guinois (La) | 52,490 $ | 53,750 $ | | 53,750 $ |
| Un foyer pour toi | 129,285 $ | 132,388 $ | | 132,388 $ |
| **Sous-total** | **181,775 $** | **283,088 $** | **0 $** | **186,138 $** |
| **JEUNES EN DIFFICULTÉ** | | | | |
| Association québécoise des troubles d'apprentissage - section Laval | 72,400 $ | 74,138 $ | 111,205 $ | 74,138 $ |
| Bureau de consultation-jeunesse Inc. / SUPRARÉGIONAL | 108,599 $ | | | 111,205 $ |
| Carrefour jeunesse de Sainte-Rose | 124,114 $ | 127,093 $ | | 127,093 $ |
| Centre communautaire Val-Martin (Le) | 179,345 $ | | 183,650 $ | 183,650 $ |
| Centre défi-jeunesse de Saint-François | 124,114 $ | 127,093 $ | | 127,093 $ |
| Diapason-Jeunesse | 101,512 $ | 103,948 $ | | 103,948 $ |
| Gymn-Eau Laval | 73,408 $ | 75,170 $ | | 75,170 $ |
| Jeunes au travail | 110,228 $ | 112,873 | | 112,873 $ |
| Maison d'hébergement L'envolée | 419,918 $ | 429,996 $ | | 429,996 $ |
| Maison de quartier de Fabreville Inc. (La) | 181,067 $ | | 185,413 $ | 185,413 $ |
| Maison de quartier Vimont | 185,401 $ | | 189,851 $ | 189,851 $ |
| Maison des jeunes de Laval-Ouest Inc. | 124,114 $ | 127,093 $ | | 127,093 $ |
| Maison des jeunes de l'est de Laval | 124,114 $ | 127,093 $ | | 127,093 $ |
| Maison des jeunes de Sainte-Dorothée | 124,114 $ | 127,093 $ | | 127,093 $ |
| Maison des jeunes du Marigot | 129,655 $ | 132,767 $ | | 132,767 $ |
| Mesures alternatives jeunesse de Laval Inc. | 412,857 $ | 422,766 $ | | 422,766 $ |
| Oasis, Unité mobile d'intervention | 163,648 $ | 133,155 $ | 34,421 $ | 167,576 $ |
| Travail de rue de l'Île de Laval (T.R.I.L.) Inc. | 357,863 $ | 332,031 $ | 34,421 $ | 366,452 $ |
| **Sous-total** | **3,116,471 $** | **2,452,309 $** | **738,961 $** | **3,191,270 $** |
| **PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT** | | | | |
| Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA) | 373,644 $ | 88,435 $ | 294,177 $ | 382,612 $ |
| Association des popotes roulantes de Laval | 47,589 $ | 48,731 $ | | 48,731 $ |
| Association pour aînés résidant à Laval | 169,610 $ | 173,681 $ | | 173,681 $ |
| Baluchon Alzheimer / SUPRA RÉGIONAL | 5,171 $ | | 5,295 $ | 5,295 $ |
| Bonjour aujourd'hui et après Inc. | 206,856 $ | 211,821 $ | | 211,821 $ |
| Centre communautaire le rendez-vous des aînés(es) (Laval) Inc. | 264,776 $ | 169,457 $ | 101,674 $ | 271,131 $ |
| Centre de bénévolat de Laval Inc. (2) | 219,726 $ | 224,999 $ | | 224,999 $ |
| Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot | 216,092 $ | 221,278 $ | | 221,278 $ |
| Comité d'animation du troisième âge de Laval | 232,519 $ | 169,457 $ | 68,643 $ | 238,100 $ |
| DIRA-Laval Inc. | 103,428 $ | 105,910 $ | | 105,910 $ |
| Groupe d'entraide La rosée | 93,085 $ | 95,319 $ | | 95,319 $ |
| Groupe Promo Santé de Laval | 29,086 $ | 29,784 $ | | 29,784 $ |
| Partage humanitaire | 104,359 $ | 106,864 $ | | 106,864 $ |
| Place des aînés de Laval | 41,991 $ | 42,999 $ | | 42,999 $ |
| Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil | 180,999 $ | 185,343 $ | | 185,343 $ |
| Société Alzheimer de Laval 1995 | 378,640 $ | 211,818 $ | 175,909 $ | 387,727 $ |
| Centre S.C.A.M.A. Inc. | 315,455 $ | 323,026 $ | | 323,026 $ |
| **Sous-total** | **2,983,026 $** | **2,408,922 $** | **645,698 $** | **3,054,620 $** |

| | TOTAL 2010-2011 | 2011-2012 Mission globale (incluant PAPA) | 2011-2012 Entente de service et particulière | 2011-2012 TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **SANTÉ MENTALE** | | | | |
| Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval (ALPHPL) | 252,675 $ | 227,707 $ | 31,032 $ | 258,739 $ |
| Association IRIS / SUPRARÉGIONAL | 144,720 $ | | 148,193 $ | 148,193 $ |
| Association lavalloise de parents pour le bien-être mental Inc. | 272,005 $ | 278,533 $ | | 278,533 $ |
| CAFGRAF – Groupe d'entraide en santé mentale de Laval | 403,113 $ | 340,371 $ | 72,416 $ | 412,787 $ |
| Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale C.I.L.L. | 1,258,912 $ | 414,004 $ | 908,455 $ | 1,322,459 $ |
| Corporation régionale santé mentale et travail | 0 $ | | | 0 $ |
| En-Droit de Laval (L') | 82,742 $ | | 84,728 $ | 84,728 $ |
| Ressources ATP Groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique (La) | 99,067 $ | 94,618 $ | 16,384 $ | 111,002 $ |
| Service populaire de psychothérapie (S.P.P.) | 235,208 $ | 240,853 $ | | 240,853 $ |
| **Sous-total** | **2,748,442 $** | **1,596,086 $** | **1,261,208 $** | **2,857,294 $** |
| **SANTÉ PHYSIQUE** | | | | |
| Société de Soins Palliatifs à Domicile du Grand Mtl. / SUPRARÉGIONAL | 226,149 $ | | 288,652 $ | 288,652 $ |
| Lumi-Vie | 165,485 $ | 169,457 $ | | 169,457 $ |
| Association du diabète – Laval, Laurentides, M.R.C. des Moulins Inc. | 83,984 $ | 86,000 $ | | 86,000 $ |
| **Sous-total** | **475,618 $** | **255,457 $** | **288,652 $** | **544,109 $** |
| **SANTÉ PUBLIQUE** | | | | |
| Association amicale des jeunes & parents « Agape » Inc. | 108,599 $ | 111,205 $ | 33,299 $ | 111,205 $ |
| Centre de bénévolat et Moisson de Laval | | 0 $ | 17,922 $ | 0 $ |
| L'Entraide (Pont-Viau et Laval des rapides) Inc. | 32,519 $ | | 17,784 $ | 33,299 $ |
| Parentèle de Laval Inc. (La) | 17,502 $ | | | 17,922 $ |
| Relais familial d'Auteuil (Le) | 17,367 $ | | | 17,784 $ |
| Enfant d'abord | 87,914 $ | 90,024 $ | | 90,024 $ |
| Jardin de la famille de Fabreville Inc. (Au) | 67,228 $ | 68,841 $ | | 68,841 $ |
| Maison de la famille de Saint-François | 43,124 $ | 0 $ | 44,159 $ | 44,159 $ |
| Maison Dominique | 232,713 $ | 238,298 $ | | 238,298 $ |
| Nourri-Source Laval | 20,686 $ | 21,182 $ | | 21,182 $ |
| Relais communautaire de Laval (Le) | 144,799 $ | 148,274 $ | | 148,274 $ |
| Relais de quartier Saint-Vincent-de-Paul | | 0 $ | | 0 $ |
| Sida-Vie Laval | 199,075 $ | 140,306 $ | 63,546 $ | 203,852 $ |
| **Sous-total** | **971,526 $** | **818,130 $** | **176,710 $** | **994,840 $** |
| **SERVICES GÉNÉRAUX** | | | | |
| Bouclier d'Athena : Services familiaux (Le) / SUPRARÉGIONAL | 94,522 $ | | 96,791 $ | 96,791 $ |
| Centre communautaire « Le Coumbite de Laval » | 103,428 $ | 105,910 $ | | 105,910 $ |
| Centre d'écoute de Laval | 68,237 $ | 69,875 $ | | 69,875 $ |
| Centre de bénévolat de Laval Inc. (2) | 77,701 $ | 79,566 $ | | 79,566 $ |
| Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) Inc. | 405,899 $ | 345,294 $ | 70,347 $ | 415,641 $ |

| | TOTAL 2010-2011 | 2011-2012 Mission globale (incluant PAPA) | 2011-2012 Entente de service et particulière | 2011-2012 TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| Centre des femmes de Laval (Le) | 188,130 $ | 192,645 $ | | 192,645 $ |
| Centre des femmes dynamiques de Laval | 31,028 $ | 31,773 $ | | 31,773 $ |
| Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS) | 155,142 $ | 158,865 $ | | 158,865 $ |
| CHOC Carrefour d'hommes en changement | 358,266 $ | 226,414 $ | 140,451 $ | 366,865 $ |
| Corporation de développement communautaire de Laval | 113,942 $ | 116,677 $ | | 116,677 $ |
| Maison Le prélude Inc. | 717,722 $ | 734,947 $ | | 734,947 $ |
| Maison L'Esther Inc. | 653,322 $ | 669,002 $ | | 669,002 $ |
| Maison de Lina | 659,523 $ | 675,352 $ | | 675,352 $ |
| **Sous-total** | **3,626,862 $** | **3,406,320 $** | **307,589 $** | **3,713,909 $** |
| **GRAND TOTAL** | **15,825,107 $** | **12,305,243 $** | **3,984,474 $** | **16,289,717 $** |